



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

***“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, hospital Dr. Gustavo Domínguez Z., durante el año 2012.***

Trabajo de fin de titulación

**AUTORA:**

Moreira Lema, Silvana Lucía

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA**

Pineda Cabrera, Nairobi Jackeline, Lic.

**CENTRO UNIVERSITARIO: SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS**

**2012**

## CERTIFICACIÓN

Licenciada

Pineda Cabrera, Nairobi Jackeline

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE GRADO**

### CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado ***“IDENTIFICACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENÓMENO, EN LA CIUDAD DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z., DURANTE EL PERIODO ABRIL-AGOSTO DEL AÑO 2012,*** realizado por la profesional en formación: Moreira Lema Silvana Lucía, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, diciembre de 2012

---

## CESIÓN DE DERECHOS

“Yo **Sivana Lucía Moreira Lema** declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

Moreira Lema, Silvana Lucía

1718500141

## AUTORIA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Silvana Moreira Lema

1718500141

## DEDICATORIA

ESTE TRABAJO LO DEDICO A DIOS, POR SU INMENSA SABIDURÍA Y AMOR.

A todas aquellas personas que podré ayudar y hacer sonreír a pesar de las pruebas.

A ti hermano/a espiritual que luchas cada día para vencer a los enemigos del amor, que son el pesimismo, la envidia, el orgullo, la lujuria, el rencór para vivir esta vida con alegría, optimismo, fe y esperanza.

Silvana Moreira Lema

## AGRADECIMIENTO

A mi madre y a mi padre, gracias, por ayudarme a comprender que la vida es una lucha constante y que a pesar de todo, la alegría es una buena amiga en momentos donde el desánimo y el pesimismo quieren hacerse presentes.

A mi hermanas y amistades, gracias.

A ti amiga Belén Dulcey, que pudiste ver en mi a una profesional antes de que otros lo vieran, gracias. Por cada una de tus palabras de aliento, alegría y cariño que me han ayudado a conseguir esta primera meta en mi vida. Gracias amiga.

Silvana Moreira Lema

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
Certificación	ii
Cesión de Derechos	iii
Autoría	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen	1
Introducción	2

### **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 CONCEPTUALIZACIONES DEL BURNOUT**

1.1.1 Definición del Burnout	5
1.1.2 Modelos Explicativos del Burnout	6
1.1.3 Delimitación del Burnout	9
1.1.4 Población de Alto Riesgo	11
1.1.5 ESTRÉS	12
1.1.5.1 Estrés Adaptativo	14
1.1.5.2 Estrés Crónico	16
1.1.6 Fases del Desarrollo del Burnout	18
1.1.7 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL BURNOUT	19
1.1.7.1 . Causas relacionadas con el trabajo	19
1.1.7.1.1 Contacto cotidiano con la enfermedad, dolor y muerte	19
1.1.7.1.2 Cambios de las expectativas sociales sobre la salud	19
1.1.7.1.3 Problemas en el manejo del trabajo cotidiano en la consulta	20
1.1.7.1.4 Manejo de la Incertidumbre	20
1.1.7.1.5 Dificultad de la formación continuada	20
1.1.7.1.6 Percepción de apoyo social	21
1.1.7.1.7 Falta de promoción Interna e inseguridad	

en el trabajo	21
1.1.7.2. Causas dependientes de las características individuales	21
1.1.7.2.1 Personalidad	21
1.1.7.2.2 Otros factores como la antigüedad en el puesto de trabajo, edad y sexo	22
1.1.7.3. Causas relacionadas con el puesto de trabajo y la organización	22
1.1.7.3.1. Condiciones del entorno Físico	22
1.1.7.3.2. Burocratización	22
1.1.7.3.3. Aspectos Organizativos	23
1.1.8. Consecuencias del síndrome de burnout	24

## **1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

1.2.1 Burnout y la relación con Variables Sociodemográficas y Laborales	24
1.2.2 Burnout y la relación con la Salud Mental	27
1.2.3 El Burnout y el Afrontamiento	27
1.2.4 El Burnout y la Relación con el Apoyo Social	30
1.2.5 Burnout y la Relación con la Personalidad	31

## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA**

2.1. Diseño de Investigación	33
2.2. Población	34
2.3. Instrumentos	34
2.4. Recolección de datos	37

## **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

3.1. Variables Sociodemográficas y Laborales	39
3.2. Sub Escala del Burnout General (muestra)	49
3.3 Salud Mental	53
3.4. Estilos de afrontamiento	55

3.5. Apoyo Social	59
3.6. Personalidad	61
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>63</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	73
5.2. Recomendaciones	75
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>76</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>83</b>

FIN

## RESUMEN

A través de la investigación: ***“IDENTIFICACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENÓMENO, EN LA CIUDAD DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z.”***, se conoce que la muestra del estudio; quince médicos y veinticinco enfermeras/os; están presentando características del síndrome de burnout, en sus tres dimensiones, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Los médicos, indicaron poseer mejor apoyo social y adecuadas estrategias de afrontamiento, sin embargo la presencia de ansiedad y síntomas psicósomáticos están afectando su salud mental. El tipo de personalidad dominante para este grupo fue la personalidad extrovertida.

Los profesionales de enfermería, no cuentan con sólidas redes sociales, perciben poco apoyo y valoración, de parte de colegas y directivos. Acuden con mayor frecuencia a un profesional o consejero para hacer frente al burnout. Utiliza estilos de afrontamiento positivos, sin embargo, se aprecia sentimientos de auto-culpa y desvalorización hacia su trabajo. El tipo de personalidad que predominó en las enfermeras/os fue extroversión-neuroticismo.

Se concluye, que las enfermeras/os, están siendo más vulnerables a desarrollar burnout, en comparación con los médicos.

## INTRODUCCIÓN

El acelerado ritmo de vida, la incesante lucha por poseer un lugar de trabajo que permita solventar una calidad de vida digna, el crecimiento acelerado de las masas humanas, las exigencias laborales, todo crece o da la impresión de ser una gran máquina arrasadora que contunde con el tiempo y la vida de las personas. Como consecuencia a ésta combatiente realidad, el ser humano ha experimentado ya, muchas clases de enfermedades que se derivan de éstas, entre ellas el estrés (Seyle 1936).

Cada persona expuesta a episodios de estrés recurrentes, llega a experimentar a nivel fisiológico un desequilibrio homeostático, causado por el exceso de cortisol en la sangre, dando paso así al estrés crónico, que sería uno de los factores que desarrolle el burnout. Pero sería Cristina Maslach (1976), quién utilizara por primera vez el término *burnout* en el Congreso Anual de Asociación Estadounidense de Psicología, la misma que indica que existen tres importantes dimensiones del burnout: *agotamiento emocional*, definido como la falta de entusiasmo por seguir realizando su trabajo; *despersonalización* comprendida como una actitud negativa, ofensiva hacia las personas; *baja realización personal* en su ámbito laboral, baja autoestima, sensación de insatisfacción profesional (Maslach y Jackson 1991).

En Argentina después de realizar una investigación sobre el burnout a 100 empleados públicos con distinto nivel jerárquico, situación laboral y nivel de instrucción, y divididos en Grupo(A) con nivel de instrucción secundario y (B) nivel de instrucción se obtienen resultados que indican que el 38% de los sujetos del Grupo A se encuentran vinculados al síndrome de burnout, ascendiendo este porcentaje a 45% en el grupo B y si bien la mayor parte de la población encuestada no posee burnout existe una población en riesgo que presenta características típicas del síndrome, siendo esta tendencia más marcada en el grupo B.(Marsollier y Aguirre, 2011)

En Ecuador, no se cuenta con investigaciones referentes al Síndrome de Burnout, lo que alienta el interés en realizar este estudio, que pretende entregar información válida para tener vías alternas de prevención.

La Universidad Técnica Particular de Loja, realiza la investigación referente al Síndrome de Burnout en profesionales del campo médico. Para ello se ha encuestado

a 40 profesionales de la salud del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z., entre ellos 15 médicos y 30 enfermeras.

Se utilizó la metodología cuantitativa, a través de instrumentos aplicados como el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) para saber quiénes presentan burnout y la aplicación del GHC28 (Cuestionario de Salud Mental), BRIEF-COPE (Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de Afrontamiento), MOS (Cuestionario de Apoyo Social) y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A), para evaluar cómo las variables dependientes influyen en el Síndrome de Burnout.

En ésta investigación se logra conocer que el 3% de la muestra de los profesionales del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z. que indican tener burnout, indicando también que existe un 7% de la población con niveles medios de burnout y representaría a la población en riesgo.

Las variables sociodemográficas de edad, estado civil, número de hijos, no refieren influir en el desarrollo del burnout, sin embargo las variables valoración del equipo, valoración de los directivos, salario, horas trabajadas si estarían afectando a los profesionales de la salud.

Respecto al apoyo social los *encuestados que no poseen burnout* poseen un alto apoyo de sus redes sociales, con altas y adecuadas relaciones de afecto, amor y cariño, sin embargo se percibe que el equipo no obtiene el mismo apoyo en el campo emocional e instrumental o cree que no lo necesita. El grupo de *encuestados que indicaron tener burnout* poseen alto apoyo de las relaciones de amor y cariño, y, bajo apoyo de sus redes sociales, bajo apoyo emocional e instrumental, es decir, éste grupo no percibe apoyo social sólido.

Los estilos de afrontamiento utilizados por el personal que no tiene burnout son el replanteamiento positivo, afrontamiento activo y planificación. El grupo de profesionales que presentaron burnout indicaron utilizar la planificación y el afrontamiento activo seguida de la aceptación.

La estructura de este trabajo investigativo describe en su primera parte el desarrollo del burnout ocasionado por el estrés crónico, por los factores, causas y consecuencias del entorno del individuo. En segunda instancia tenemos la respectiva descripción y análisis de las tablas de cada cuestionario utilizado para la obtención de los resultados

cuantitativos y cualitativos que nos llevarán a una discusión y obtención de datos según la realidad encuestada.

## CAPÍTULO I

### MARCO TEÓRICO

#### 1.1 CONCEPTUALIZACIONES DEL BURNOUT

##### 1.1.1 DEFINICIÓN DEL BURNOUT

Según el artículo de la revista científica “Scielo-Perú (2009), <De la mente a la célula>” el experimentar estímulos amenazantes, de manera continua, tendría un grave efecto en el funcionamiento de los sistemas del cuerpo humano (S. Moscoso, Manolete 2009), ocasionado serios problemas en salud.

El origen al término Burnout, se le debe a la creación de la novela “Burn-Out Case” de Graham Greene, publicada en el año 1961, cuya historia relata la vida de un arquitecto atormentado espiritualmente por el ritmo de vida que lleva lo que le motiva a retirarse a vivir en la selva africana. (Graham Greene H., 1960)

Más tarde Freudenberg (1974), mientras trabajaba como psiquiatra en una clínica de toxicómanos, en Nueva York, observó que los voluntarios que tenían más años trabajando, recaían en un bajo estado de ánimo, pérdida de energía, actitud agresiva con sus pacientes, síntomas de ansiedad y depresión, afectando el trabajo y desempeño de sus funciones.

En síndrome de *burnout* alcanzó mayor difusión a partir de los trabajos de Cristina Maslach (1976), quién da a conocer este síndrome dentro del Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología, para dar luces de que los trabajadores de servicios humanos, que, al cabo de algunos meses o años de dedicación, terminaban "quemándose". Seguido de este acontecimiento Susan Jackson trabaja con Cristina Maslach por el año de 1981 y en estudios empíricos logran describir al burnout como un Síndrome de estrés Crónico. En el año 1982 se crea el Test Maslach Inventory, el cual mide tres sub-escalas, *agotamiento emocional, despersonalización y realización personal*. (Alpi Stefano y Quiceno Japcy, 2007)

Gillespie, D. (1980) motiva a que se estudie este síndrome por los altos costos que ocasiona a nivel individual y organizacional, de ahí que Burke, R. (1992) trabajara para seguir contagiando el interés del síndrome de burnout psicológico, en los contextos organizacionales. García Izquierdo (1991 a) señala que el burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones

que deben mantener una relación continúa de ayuda hacia el "cliente", médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc.

Hasta aquí se ha descrito como el síndrome tuvo sus inicios y quienes fueron los precursores que gracias a sus aportes investigativos han dado cuerpo a éste síndrome que en la actualidad está provocando muchas consecuencias que alteran el ejercicio pleno de las profesiones asistenciales.

En adelante quisiera indicar que el Síndrome de Burnout también afecta las emociones, personalidad, moral y espiritualidad de los individuos (Gonzales Menéndez, 2005), además de afectar la forma de percepción cognitiva (Lazarus y Folkman, 1984).

El cuerpo está regido por cuatro sistemas que se encuentran en permanente y mutua comunicación y al alterarse uno de estos sistemas, que son; mente, sistema nervioso, sistema endócrino, y sistema inmunológico desestabilizarían el funcionamiento armónico del individuo. (Young Welch 2005 & McEwen 1998 S. citado en Moscoso, Manolete 2009, pág. 144).

También tenemos a González Menéndez (2005), quien describe al hombre como ser inacabado e inacabable, imperfecto pero perfectible, con virtudes, defectos, inconsistencias, debilidades y necesidades, que integra en una unidad viviente todas y cada una de sus dimensiones humanas esenciales: biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, íntima y estrechamente relacionadas entre sí.

Ortega Ruiz y López Ríos (2004) citan de Cherniss (1980) cuatro valores que son afectados por el burnout: la *moral* y el *bienestar psicológico* personal, la *calidad de cuidados* y *tratamiento que reciben los pacientes*, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios.

### **1.1.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT**

Si existe un modelo que predetermine como una persona es más vulnerable a desarrollar burnout, no lo sabremos a ciencia cierta, pues hemos conocido hasta aquí que los factores que están comprometidos para el desarrollo del mismo, pueden variar según el nivel de instrucción de la persona, su cultura, personalidad, estrato social, estilo de vida, etc.

Harrison (1983) y Cherniss & Thompson, Page y Cooper (1993) conforman los modelos etiológicos desde la teoría socio-cognitiva y tratan de dar explicación de la aparición del síndrome de burnout. Harrison (1983) por su parte utiliza la <<competencia social percibida>> como el eje motivador de ejercer las capacidades del profesional para realizar su trabajo o en su contraparte donde no ha podido ejercer sus aptitudes según sus expectativas, lo que ocasionaría burnout. Cherniss (1993), menciona que un ambiente laboral que produzca en las personas sentimientos de éxito, dará como resultado trabajadores satisfechos, pero si la persona no cuenta con apoyo social y no perciben que su capacidad es lo suficientemente desarrollada por factores de su entorno, entonces puede padecer burnout. Thompson et al (1993), explican la aparición del burnout en cuatro variables: discrepancia entre las demandas de tarea y los recursos disponibles para realizar dicha tarea, nivel de autoconciencia del trabajador, expectativas de éxito, y sentimientos de autoconfianza. Este autor hace énfasis en la variable de autoconciencia, la misma que puede ocasionar en la persona una predisposición de auto-exigirse el cumplimiento de sus objetivos, los mismos que al no cumplirse pueden producir conductas desde despersonalización hasta desamparo profesional y agotamiento.

Desde la teoría del intercambio social tenemos a Buunk y Schaufeli (1993) quienes aluden que los procesos de intercambio social entre enfermeros/as y pacientes es una experiencia que no se puede rehusar, pues es una demanda propia de las profesiones de servicio, aquí la incertidumbre es experimentada por ser una reacción ante situaciones que necesiten ser tratadas con total eficacia, la percepción de equidad que el profesional no recibe de sus usuarios, ante descubrir que en la realidad los mismos casos de pacientes graves estrechan la fluidez de un buen intercambio de ayuda y que al final puede provocar en el profesional la sensación de no estar dando todo lo necesario para lograr su objetivo son desencadenantes que pueden terminar en burnout, y la falta de control ante resultados no esperados donde el profesional se debate entre la responsabilidad de sus acciones y el desequilibrio como producto de las mismas acciones, tanto la incertidumbre, como la percepción de equidad y la falta de control son variables que pueden desarrollar burnout. Buunk y Schaufeli (1993) también mencionan que la afiliación y comparación que exista entre compañeros, puede ser de ayuda o también detonante para desarrollar el síndrome, es decir se experimenta apoyo y aceptación del grupo o críticas e incomunicación del mismo.

El modelo de conservación de Hobfoll y Fredy (1993), también de la teoría del intercambio social, nos indica la importancia de los recursos (emocionales, de

compañerismo, aceptación, etc.) como fuente de apoyo que permite al profesional eludir los niveles de estrés y su consecuencia el burnout.

El burnout desde la etiología de la teoría organizacional, explicada por Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), nos menciona la pérdida de compromiso del profesional por dos razones una cuando recibe demasiada carga laboral y la otra cuando no desarrolla sus capacidades para las cuales se preparó, en ambos caso se puede experimentar, falta de control, baja autoestima e irritabilidad, esto según los autores lo llevarán a utilizar como estrategia de afrontamiento el distanciamiento que puede ser constructivo (se mantiene alejado del paciente, sin dejar de ser empático y atenderlo) o contra-productivo (se mantiene alejado del paciente con tono rígido e indiferente) este último propio de la despersonalización característica del síndrome de burnout. Si estas experiencias se llegasen a mantener la baja realización profesionales y el agotamiento emocional se desarrollarían en las siguientes fases.

Cox, Kuk y Leiter (1993), dan explicación del síndrome de burnout a través de una perspectiva transaccional del estrés laboral. Utilizan dos variables 1) sentirse gastado y 2) sentirse presionado y tenso, estas variables son una parte de la respuesta al estrés laboral y están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador (Mansilla Izquierdo, 2012). Para Cox, Kuk y Leiter (1993), el síndrome de burnout se desarrollaría primero en torno al agotamiento emocional, seguido de la despersonalización hasta terminar en expectativas profesionales frustradas. También atribuye hipotéticamente que la salud de los profesionales con estrés pueden agravarse si las condiciones del sistema organizacional no aportan políticas, procedimientos, estructuras coherentes que permitan al profesional percibir un apoyo real.

El modelo de Winnubst (1993), considera que el síndrome de burnout afecta a todo tipo de profesión, debido a que la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo varían, ya sea por poseer redes burocráticas mecánicas o profesionalizadas. En las burocracias mecánicas, el síndrome de *burnout* es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivada de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas, el síndrome está causado por la relativa laxitud de esa estructura que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la

organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales. Winnubst (1993), también considera que todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura (mecánica o profesionalizada), que los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima, que tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización y que estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de *burnout*. (Mansilla Izquierdo, 2012)

Y desde la teoría estructural, tenemos el modelo etiológico de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), quienes indican que “el síndrome de *burnout* puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.”). (Mansilla Izquierdo, 2012)

### **1.1.3. DELIMITACIÓN DEL TERMINO BURNOUT**

Silverstein (1982), documentó 25 campos diferentes en los cuales ha sido estudiado el Síndrome de Burnout. Maslach y Jackson (1986), consideran que éste síndrome es un problema social y no solo una cuestión teórica.

Por ello, en vista de que el término “burnout” está siendo utilizado para conceptualizar diferentes estados de conducta del ser humano como, estrés, aburrimiento, tedio, insatisfacción, entre otros, hemos visto necesario delimitar este término, para lo cual utilizaremos los lineamientos utilizados por Gonzáles y de la Gándara (2004).

#### **a) Diferencia entre burnout y depresión**

Ésta ha sido una de las terminologías, que ha ocasionado confusión en comparación con el síndrome de burnout, llegando al punto en que Davidoff manifiesta “la relación entre el burnout y otros términos es tan alta, que podemos estar utilizando un nuevo nombre para una vieja idea”. El involucramiento de sentimientos negativos tanto en el

síndrome como en la depresión podría ser difícil de separar pero autores señalan que las diferencias podrían estar no en sentimientos colaterales, sino en los patrones y secuencias que se siguen durante el desarrollo de ambos, lo que hace probable que depresión y burnout, aunque se experimenten de modo parecido tengan etiologías con merecida diferenciación.

#### **b) Diferencia entre estrés y burnout**

Aunque es precisamente el estrés una de las características de este síndrome, es el estrés crónico que hace que el burnout sea una respuesta crónica al impacto acumulativo del estrés, más no es en sí mismo el síndrome.

Aunque el burnout se inicia con episodios recurrentes de estrés hasta desarrollarse un estrés crónico, no es éste el síntoma más relevante o que defina si una persona tiene o no burnout, recordemos que Maslach y Jackson (1984), indica que debe existir, agotamiento emocional, despersonalización y una baja realización personal experimentadas por el ser humano para diagnosticar como positivo el síndrome.

#### **c) Diferencia con el tedio o aburrimiento en el trabajo**

Maslach & Jackson (1981) indica que el burnout es fruto de repetidas presiones emocionales mientras que el tedio resulta de la falta de innovación en el ámbito laboral.

Las personas con burnout experimentan desánimo, ideas pesimistas, inconformidad por tiempo indefinido, con dificultad en superar estos episodios. Las personas que experimentan tedio logran superarlo por sus medios o con la ayuda de alguna motivación, lo que no sucede con una persona que este con burnout.

#### **d) Diferencia con la insatisfacción laboral**

Cuando el trabajador esta <<quemado>> podemos suponer que también se siente poco gratificado por su trabajo, pero Maslach y Jackson (1981), dan su opinión acerca de que el burnout y estrés, pueden existir en una buena satisfacción, es decir no necesariamente el burnout aparece con una insatisfacción hacia el trabajo.

Debemos considerar entonces, que una persona que presente insatisfacción en el trabajo, no necesariamente tendrá burnout.

### **e) Diferencia entre las crisis de la edad media de la vida (según el Modelo de Desarrollo Laboral del Adulto)**

Al parecer existiría una incidencia mayor de burnout en los más jóvenes o poco preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior (Hill & Millar, 1981; Broufenbrenner, 1979; citado Martínez Pérez, 2010). Lo que invita a analizar, que una persona que ha experimentado o ha sabido sobrellevar episodios de estrés, tenga mayores recursos para afrontar los problemas que se le presenten en el futuro.

Farber (1984), consideró en sus investigaciones que el margen de padecer burnout es más pequeño en personas de 40 años de edad, en comparación con aquellos que tiene entre 25 hasta 40 años de edad, que presentaron mayor incidencia de desarrollar burnout.

### **f) Diferencias entre Burnout y/o Desgaste por Empatía**

El Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado (Pines y Aronson, 1989, citado Redondo et al., 2011), a diferencia del desgaste por empatía que se refiere a las emociones y conductas naturales experimentadas por el profesional en función de la otra persona (Figley, 1995, citado Redondo et al., 2011).

El término “desgaste por empatía”, utilizado por Figley (1995), posee como características el experimentar emociones de las personas afectadas como si nos estuviera pasando a nosotros mismos, y, si estas experiencias se llegasen a experimentar con mucha frecuencia, es entonces cuando se produciría un desgaste en las emociones del profesional y puede aparecer de manera súbita y sin aviso, a diferencia del síndrome de burnout, pues éste se define con las experiencias de estrés crónico, despersonalización, agotamiento emocional, que se van agudizando cada vez más siempre y cuando estén expuestos a episodios recurrentes en su entorno laboral.

#### **1.1.4. POBLACIÓN DE ALTO RIESGO**

Las profesiones como administrativos y auxiliares administrativas, deportistas, docentes, monitores de educación especial, trabajadores de centros ocupacionales y sociales, vigilantes de instituciones penitenciarias y voluntarios, hacen referencia a las

profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicios y, al igual que auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos dentistas, profesionales con pacientes con VIH, psicólogos y las profesionales de enfermería, son consideradas profesiones con alto riesgo para desarrollar burnout.

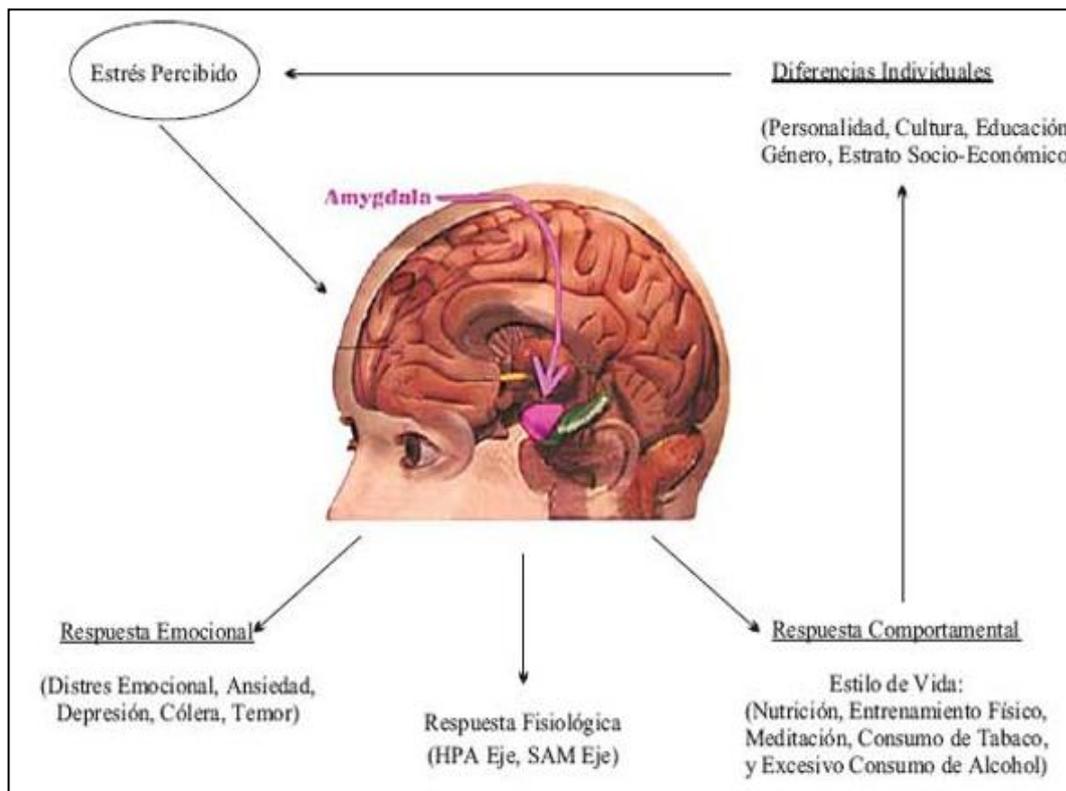
El funcionamiento que existe dentro de cada institución, y a la cual pertenecen las poblaciones que se encuentran expuestas a alto riesgo de desarrollar burnout, cuentan con agentes estresores propios de cada área laboral, es decir habrá factores en la oficina de un administrador como, el constante sonido de teléfonos, ingreso y egreso de documentos en gran demanda, o a su vez lo que ocurriría en una agencia de policías, la aglomeración de personas, llamamientos al cuerpo policial para cubrir cierta zona de riesgo en alguna parte de la ciudad, etc., todos estos factores pueden terminar ocasionando estrés en las personas.

#### **1.1.5. ESTRÉS**

De manera cotidiana el ser humano está expuesto a diferentes situaciones que requieren de decisión, elección, obtención de buenos resultados, logro de metas u objetivos, lo que ocasiona ciertos altibajos en la percepción positiva que se llevaba al inicio, convirtiéndose en un factor de desánimo y frustración.

El fisiólogo Hans Selye (1936) toma justificadamente de la ingeniería la denominación "estrés" y la define como "fuerza que tiende a distorsionar un cuerpo, o parte de él y que induce tensión que puede causar fatiga en el material, lo que se denomina Strain". Selye fue claro en que el "Síndrome General de Adaptación ", como él definía estrés, no era nocivo cuando era controlable y moderado (Donoso Hugo, 2000).

## GRÁFICO 1. NUEVA VISIÓN DEL ESTRÉS



FUENTE: MANOLETE MOSCOSO S, (2009).

El estrés es parte de una respuesta fisiológica, cuya función es poner en alerta al ser humano para emprender una acción, sea de huida frente a una amenaza, de protección para conservar la vida si estamos expuestos al peligro o de ejecutar acciones diarias como capturar un objeto que cayéndose de nuestra mano volvemos a recuperarlo gracias al sistema fisiológico del estrés.

Este mismo proceso fisiológico puede tornarse en contra, si son recurrentes los episodios a los que la misma persona se encuentra expuesta, las experiencias desagradables y la falta de control serán las.

Goldstein & Eisenhofer (2000), indican que no hay una sola forma de respuesta fisiológica ante la experiencia de amenazas, y que están involucrados factores como el ambiente, la cultura, estrato social, actitud y personalidad que cumplen un rol mediador - modulador en la respuesta del estrés. GRAFICO 1. Bandura (1997), también menciona que la evaluación cognitiva por parte de un individuo generalmente varía dependiendo de los rasgos de personalidad, auto-eficacia percibida, experiencia

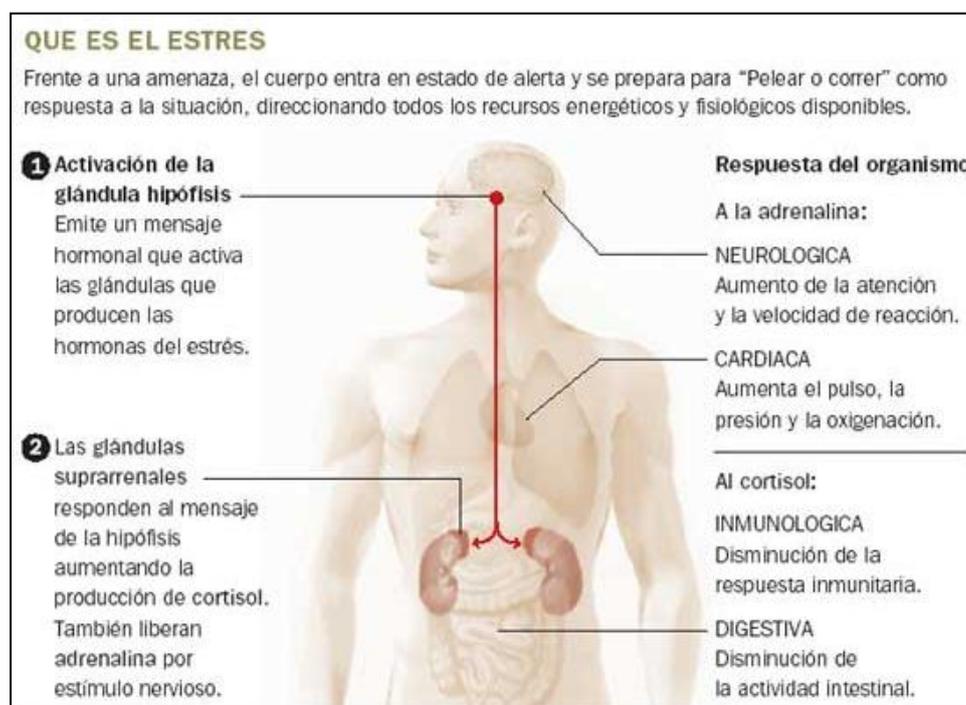
previa en el estímulo estresante y el nivel de soporte social (Manolete S. Moscoso, 2009. p. 145).

## TIPOS DE ESTRÉS

**Distrés.-** Es un estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga. Va acompañado siempre de un desorden fisiológico, las catecolaminas producen una aceleración de las funciones y éstas actúan alejadas del punto de equilibrio, hiperactividad, acortamiento muscular, somatizaciones, en suma: envejecimiento prematuro, son los efectos secundarios del estrés negativo. (Francisco Barrietos Marco, 2007 “1”)

**Eustrés.-** La relación con las impresiones del mundo externo y del interior no producen un desequilibrio orgánico, el cuerpo es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello, el eustrés permite experimentar el mundo como un lugar en que cada milímetro es delicioso. (Francisco Barrietos Marco, 2007 (4)

### 1.1.5.1. ESTRÉS COMO PROCESO ADAPTATIVO (EUESTRES) GRÁFICO 2. UNA REACCIÓN EN CADENA I



FUENTE: DR. DANIEL LOPEZ ROSETII (Carlos Oroz, *Estrés e Infarto*, 2010)

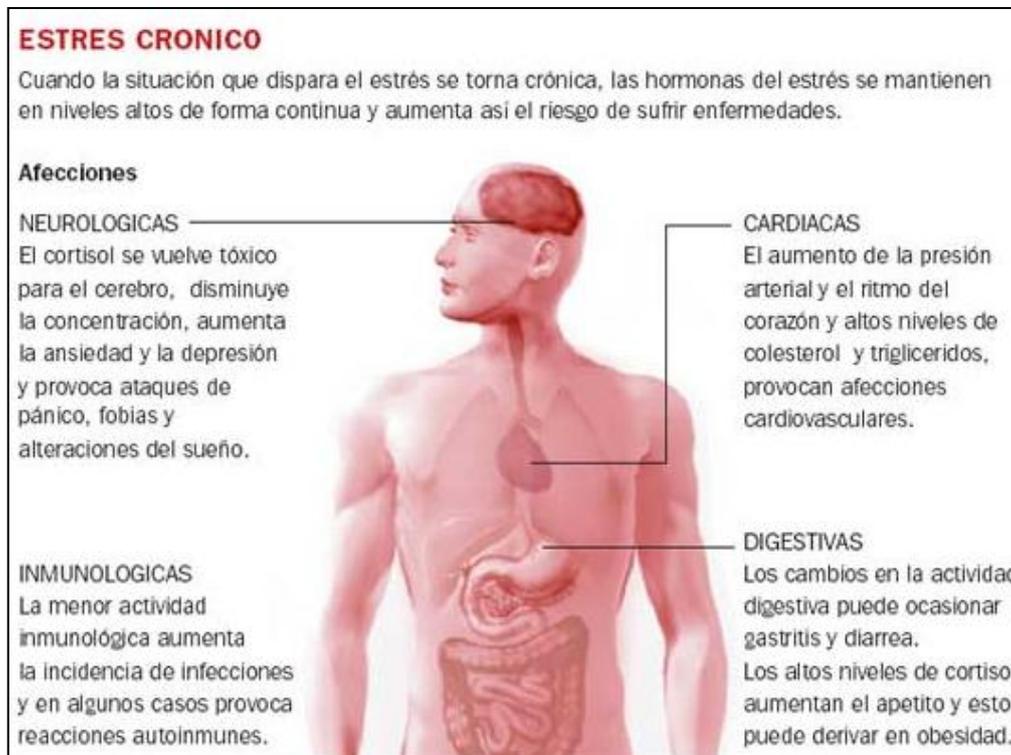
En el Gráfico 2., se aprecia como el estrés en una intensidad y permanencia moderadas ayudan al organismo a detectar potenciales amenazas y lo prepara para responder, el hipotálamo libera hormonas del estrés desde las glándulas adrenales y Pituitaria, el cerebro produce endorfinas, hormonas que disminuyen el dolor. La amígdala envía impulsos nerviosos que condicionan la respuesta individual. Las glándulas adrenales segregan las hormonas adrenalina y cortisol, este proceso una vez realizado en el cerebro pasa a la circulación donde la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea se aceleran para enviar más oxígeno a los músculos. Los vasos sanguíneos se contraen para reducir el riesgo de hemorragias. En la respiración los pulmones demandan más oxígeno que mantiene al cerebro en alerta, una vez todo este proceso, el cuerpo se prepara para la acción, la glucosa es liberada para dar energía. El sistema inmune envía células especializadas para combatir agentes patógenos. Algunas funciones del organismo se interrumpen durante episodios de estrés agudo, por ejemplo la digestión se vuelve más lenta y el sistema reproductivo deja de funcionar. (Recuperado de <http://www.salud.bioetica.org/images/stress.gif>)

Conocer, cómo el estrés procesa fisiológicamente una adaptación interna es algo asombroso, Canon (1935) y McEwen, (1998) se refieren a esta adaptación como "homeostasis". Las personas con burnout en algún momento dejarán de experimentar esta adaptación. Pero ¿Cómo mantener esta homeostasis? El ser humano es un ente biopsicosociocultural y espiritual (Engel 1977, Gonzales Menéndez, 2005), por ello conocer nuestro carácter, emprender una actitud positiva, realizar ejercicio físico, tener una adecuada alimentación y mantener una religiosidad sanas, nos permitirán poseer una adecuada adaptación y equilibrio interno de nuestro cuerpo.

Pero ¿qué sucede, cuando el ser humano detecta en su entorno agentes estresantes, provocando, ansiedad, ira, desesperanza, irritabilidad y no logra mantener la homeostasis? Pues experimentará cambios negativos en su salud física y mental, desequilibrando a los sistemas, cerebro, nervioso, endócrino e inmunológico.

### 1.1.5.2. ESTRÉS CRÓNICO (DISTRÉS)

#### GRÁFICO 3. UNA REACCIÓN EN CADENA II



FUENTE: DR. DANIEL LOPEZ ROSETII (Carlos Oroz, *Estrés e Infarto*, 2010)

La *Psiconeuroinmunoendocrinología*, apoyada en los pilares investigativos de Canon (1932), Selye (1936), Steinman (2004), Lazarus (1993) *et al* y Glaser & Kiecolt-Glaser (2005), Kiecolt-Glaser & Glaser (2001), Rabin (1991), estudia los cuatro sistemas de nuestro organismo (mente, sistema nerviosos, sistema inmunológico y endócrino) en su entorno y desarrollo normal. También nos ayuda a comprender que la afectación de alguno ellos expone a nuestro cuerpo a sufrir patologías físicas como psíquicas. (Kiecolt-Glaser, McGuire & Robles, 2002)

El estrés crónico experimentado en episodios muy recurrentes representa una entrada para el síndrome de burnout. Cuando la persona está experimentando y conviviendo entre situaciones estresantes, los niveles de cortisol se elevan ocasionando pérdida de médula ósea, aumentar grasa abdominal, dañar la médula celular en el hipocampo e impiden la formación de nuevas neuronas en esa zona cerebral, algo que afectará la función inmune. Los niveles elevados de adrenalina elevan la presión y pueden dañar las arterias del corazón y del cerebro. (McEwen-2007, Kiecolt-Glaser, McGuire & Robles, 2002 citado de Manolete S. Moscoso, 2011).

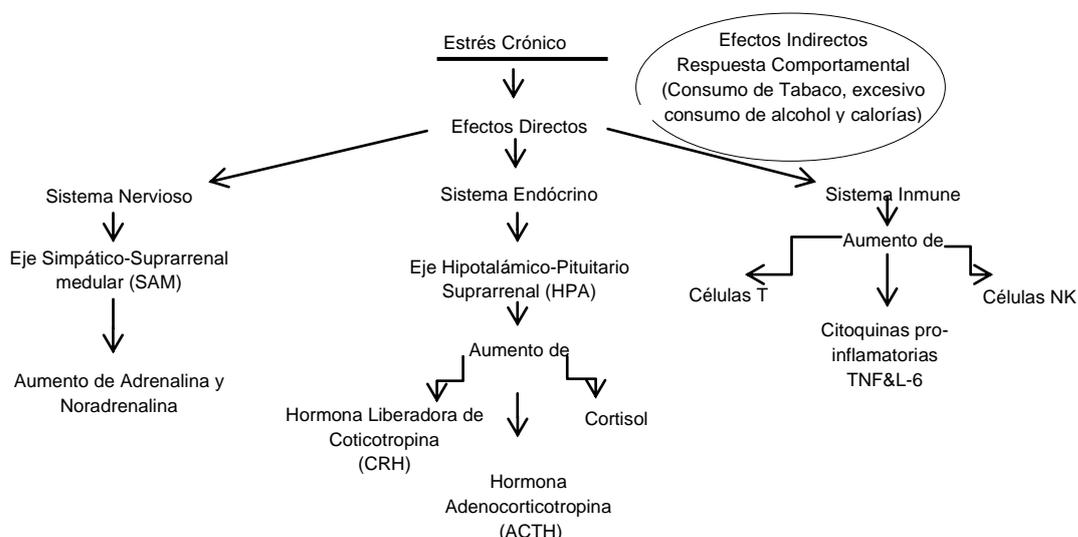
Tal es el caso que Cohen (1953), obtuvo como resultado de su investigación sobre los sobrevivientes de la segunda guerra mundial, donde refiere que aquellos que estuvieron expuestos a situaciones de estrés durante un tiempo más prolongado, indicaron una salud más deficiente que el resto de personas de la misma edad.

El Síndrome de Burnout, tiene sus bases en el estrés crónico, no dejando de lado las características propias del síndrome como lo menciona Maslach & Jackson (1981), sin embargo debido al desequilibrio al que está sujeto el organismo humano frente al estrés crónico detallado en el Gráfico 3 y 4, debe tomarse en cuenta que los efectos ocasionados del mismo, afectan en gran manera la salud de las personas, exponiéndola en una situación casi inmune de defensas físicas y psicológicas.

Por ello bien menciona Manolete Moscoso S. (2009), “El gran reto de la medicina, en este siglo, es seguir mejorando nuestro conocimiento acerca del impacto negativo del estrés crónico sobre los sistemas nervioso, endocrino, e inmune, con el propósito de implementar programas preventivos de intervención biopsicosocial”.

La *Psiconeuroinmunoendocrinología* está aclarando y motivando a aprender cuán importante es que exista un equilibrio homeostático interno para una mejor calidad de vida del individuo. Los efectos que se producen son más graves en aquellos cuyo estilo de vida conlleva adicciones como: alcohol, tabaco, consumo de calorías, poco ejercicio y agentes variables como personalidad, entorno y cultura.

#### GRÁFICO 4. EFECTOS DEL ESTRÉS CRÓNICO EN LOS SISTEMAS NERVIOSO, ENDÓCRINO E INMUNE



Fuente: Moscoso Manolete S., (2009). De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología.

### 1.1.6. FASES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout es un proceso que va actuando en forma progresiva inhibiendo a la persona del gozo de realizar actividades que antes le llenaban de gusto, a verlas y hacerlas sin motivación, con un estado mental deprimido, con cambios de humor que alejan a las personas por el trato frío que van adquiriendo.

Golembiewski y cols. (1983), postulan que la despersonalización se daría al principio, de tal forma que se vería a los pacientes como culpables de sus propios problemas. A continuación vendrá un descenso en el sentimiento de realización o competencia personal y profesional. Para ellos la dimensión cansancio emocional sería la más característica del burnout avanzado.

Leiter y Maslach (1988), propone como fase inicial el cansancio emocional, la cual se reaccionaría con el aislamiento, mediante la despersonalización ejercida hacia los pacientes, repercutiendo todo ello en una baja realización personal, llegando así al Síndrome de Burnout.

### 1.1.7. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL BURNOUT

Ramón Gonzales y Jesús De la Gándara (2004), mencionan varios factores que causan burnout en el personal médico de los hospitales en Madrid, indicando que éste síndrome se desarrolla dentro de algunos parámetros a nivel personal, social y organizacional. Estos parámetros hacen que desemboquen varias situaciones que ponen en riesgo la estabilidad emocional, moral, física, psicológica y conductual del individuo.

**TABLA 1. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL BURNOUT**

<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL TRABAJO CLÍNICO</b>
Contacto cotidiano con la enfermedad, dolor y la muerte.
Cambios de las expectativas sociales sobre la salud
Problemas en el manejo del trabajo cotidiano en la consulta
Manejo de la incertidumbre
Dificultad de la información continuada
Percepción de falta de apoyo social
Falta de promoción interna e inseguridad en el trabajo
<b>FACTORES DEPENDIENTES DE LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES</b>
Personalidad

Otros factores como la antigüedad en el puesto de trabajo, la edad y el sexo
<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL PUESTO DE TRABAJO Y LA ORGANIZACIÓN</b>
Condiciones del entorno físico
Burocratización
Aspectos Organizativos

Fuente: Ramón Gonzales y Jesús De la Gándara. El Médico con Burnout

### **1.1.7.1. CAUSAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO**

#### **1.1.7.1.1. Contacto cotidiano con la enfermedad, dolor y muerte**

Ramón Gonzales y Jesús De la Gándara (2004), mencionan que los profesionales de la salud, ven lo que los demás no pueden ver, tratan a muchas personas cuyos estados de salud se encuentran muy deteriorados y por más que ellos deseen brindar alternativas para que su salud mejore, el caso es que al finalizar algunos fallecen, un mecanismo de defensa ante esta experiencia vivida día a día es la <desconexión afectiva>, incoherencia grande, pues los médicos se forman en una tradición humanística. Sin embargo la realidad es que a pesar de que el profesional de la salud se formó, con ésta filosofía, la demanda de pacientes atendidos, el contacto con familias hostiles, un anciano que gime de dolor sin cesar, llegan a dificultar en un momento la estabilidad emocional del profesional.

**Además es necesario indicar que el profesional de la salud debe poseer lucidez y cultura para hacer frente al burnout**, no olvidar el origen de su formación, cuidando su salud mental y física, sin olvidar a la vez su papel crucial ante sus pacientes.

#### **1.1.7.1.2. Cambios de las expectativas sociales sobre la salud**

Existen muchas expectativas para el médico cuando empieza a ejercer independientemente su profesión, Gonzales y de la Gándara mencionan que a pesar de los avances la medicina sigue teniendo sus limitaciones e incertidumbre. Los pacientes exigen al médico poseer respuestas continuas cuando muchas de las veces no pueden hacerlo. Las expectativas de los usuarios, es que les digan un diagnóstico rápido y preciso, y con pronta recuperación.

Frente esta realidad los profesionales de salud, se sienten impotentes, sus expectativas cambian, los ideales que primaron en un principio cesan y la motivación decrece.

#### **1.1.7.1.3. Problemas en el manejo del trabajo cotidiano en la consulta**

Durante la permanencia al realizar la investigación en el hospital se apreció, que en el sector público los pacientes llegan de zona rural y urbana marginal (en la mayoría de los casos de extrema pobreza). El estado de ánimo del paciente puede ser muy variable, algunos muestran educación, cultural, cordialidad y respeto hacia los profesionales, sin embargo, existen personas que imponen sus necesidades, sobre las del resto, se encuentran estresados por los largos viajes, la espera del turno, etc., y adoptan una actitud muy negativa, éste puede ser un motivo por el cual el profesional prefiera tener una actitud alejada, tal vez fría hacia sus pacientes, para evitar involucrarse emocionalmente con ellos y evitar discusiones. Y así el profesional podrá seguir cumpliendo su trabajo, pero con el tiempo si llega a mantener una actitud distante y aislada puede llegar a despersonalizarse demasiado lo que afectará su rendimiento profesional.

#### **1.1.7.1.4. Manejo de la Incertidumbre**

En los pisos de los hospitales se puede observar como los profesionales de la salud, batallan muchas de las veces con sentimientos de incertidumbre y temor ante situaciones estresantes. En las salas de emergencia o espera se desarrollan momentos de mucha tensión, cada profesional a cargo no escatima ningún esfuerzo por el bienestar y conservación de la vida de cada paciente que este bajo su responsabilidad.

Si los episodios de incertidumbre se hacen monótonos, ocasionarán experiencias estresantes que perjudicarán la salud del personal sanitario.

Otro factor que alimenta la incertidumbre es la falta de recursos, ya que no se podrá brindar la atención debida a los pacientes si no contamos con la instrumentalización necesaria. La entidades de salud deben tener presente que para ofrecer un entorno lo más favorable posible y de menos incertidumbre, se deberá proveer de los recursos necesarios al equipo de trabajo.

#### **1.1.7.1.5. Dificultad de la formación continuada**

Cada año se abren y debaten temas de salud que afectan a la humanidad, ya que las enfermedades no piden tregua, la incesante necesidad de que los profesionales en salud estén actualizados es crucial.

Cada profesional gana su prestigio en la manera en que suple casi con exactitud las enfermedades de sus pacientes. Para ello el entrenamiento, especialización, estudio

de su formación médica aumentará su éxito y auto-concepto, herramientas claves para su desempeño.

En algunas ocasiones (muy pocas) el sector público ofrece oportunidades de capacitación Estatales. La otra forma de auto-capacitarse es costeándose cada profesional sus diferentes oportunidades de capacitación, ya sean estas dentro o fuera del país. Esta opción requiere de un alto costo, por lo que no es accesible para todos. Produciendo en aquellos profesionales que no logran capacitarse una sensación de falta de preparación e inconformidad.

#### **1.1.7.1.6. Percepción de apoyo social**

El apoyo social de directivos colegas y familia posee un poder restablecedor que debería experimentar cada uno de nuestros profesionales de la salud para poder enfrentar las diferentes situaciones estresantes que pueden darse como parte del trabajo (Gil Monte y Peiró 1997). Al referirnos en este apartado al apoyo social, nos referimos al tipo de sostén que los médicos perciben por parte de la sociedad.

Las escuchadas <malas prácticas médicas>, son situaciones en las que el médico u otro profesional de salud, debe aprender a manejar, pues la experiencia de ser acusado por una mala práctica médica, no solo pone en tela de juicio sus conocimientos, si no todo un trayecto de vida profesional. Por ellos lo importante de poseer apoyo de aquellos que lo rodean en esos momentos. De no poseer apoyo el profesional puede terminar devastado y con mucha dificultad para restablecerse de nuevo en el trabajo.

#### **1.1.7.1.7. Falta de promoción Interna e inseguridad en el trabajo**

La falta de motivación o promoción que percibe el profesional sobre sus capacidades podría producir tedio ante lo que hace, por no experimentar nuevos retos en su profesión. (Gonzales y de la Gándara, 2004).

La inseguridad laboral es sin duda una de las causas que produce, ansiedad y preocupación en el personal médico, o cualquier entorno donde no tengamos la estabilidad en la prestación de nuestros servicios.

### **1.1.7.2. CAUSAS DEPENDIENTES DE LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES**

#### **1.1.7.2.1. Personalidad**

La personalidad que se ha relacionado con el síndrome de burnout, es la Personalidad Tipo A, la misma que según Friedman y Rosenman (1959), posee un afán intenso y

constante por conseguir metas establecidas por el propio individuo, pero usualmente poco definidas, marcada tendencia a la competitividad, deseo de reconocimiento y de logro, implicación en varias tareas y trabajos al mismo tiempo, tendencia a la realización apresurada de todo tipo de funciones, tanto físicas como mentales y estado de alerta permanente.

Un profesional con este tipo de personalidad, sumándole a esto horas extras de trabajo, un cargo de mayor responsabilidad, estar expuesto a episodios recurrentes de estrés, tiene mayores riesgos de padecer síndrome de burnout.

**1.1.7.2.2. Otros factores como la antigüedad en el puesto de trabajo, edad y sexo**, se lo ha relacionado con el burnout, aunque con resultados contradictorios, sin embargo en general se describen tasas mayores de burnout en personas con mayor edad, más años de trabajo, sobrecarga laboral, más responsabilidad y en el género femenino. (Gonzales y de la Gándara, 2004).

### **1.1.7.3. CAUSAS RELACIONADAS CON EL PUESTO DE TRABAJO Y LA ORGANIZACIÓN**

#### **1.1.7.3.1. Condiciones del entorno Físico**

El ruido, la mala iluminación, los olores desagradables, la falta de espacio son fuente comprobada de estrés. (Gonzales y de la Gándara, 2004).

Durante el crecimiento y mejora de las instituciones sanitarias que actualmente funcionan en Ecuador, ya en el transcurso de este año 2012, algunos hospitales han recibido atención por parte del Ministerio de Salud. Han sido varios los hospitales que han tenido que laborar entre ruido, cambio o adecuación de las áreas en servicio, para brindar un servicio de mayor calidad al usuario.

#### **1.1.7.3.2. Burocratización**

En el sector público una tarea de nunca acabar, son los justificativos del trabajo con la, entrega de informes diarios sobre los pacientes atendidos, recetas, peticiones de pruebas, certificados, estadísticas etc. (Gonzales y de la Gándara, 2004).

Además los protocolos burocráticos propios de cada entidad, son el pan del día. Los filtros que existen dentro de institución enlentecen la intervención al apoyo que se requiere dar. Esto genera malestar tanto en las persona que piden ayuda como quienes esperan recibirla, enfrentando así un ambiente frío y de poca fluidez comunicacional.

### 1.1.7.3.3. Aspectos Organizativos

El **trabajo por turnos**, afecta el reloj biológico de los profesionales sanitarios, llegando a producir un desfase entre la actividad laboral, horarios no convencionales y actividad fisiológica que es fundamentalmente diurna. Esto no permite lograr un reposo auténticamente reparador, ni físico, ni psíquico.

Una actividad satisfactoria y eficaz determina un sueño reparador y este predispone a una buena actividad. Pero un reloj biológico que sufre alteraciones en el ritmo actividad/reposo, trabaja intensamente una fase opuesta, hay inversión en el ritmo sueño-vigilia, caracterizada por una somnolencia en la fase de actividad e insomnio en la fase de reposo lo que afecta los ritmos circadianos, con lo que el individuo pierde eficacia en la función primordial de la periodicidad biológica.

Este tipo de hábito puede desarrollar diversos trastornos conductuales, como: consumo excesivo de sustancias (café, alcohol, tabaco), trastornos del sueño, trastornos afectivos, y enfermedades cardiovasculares. La necesidad de tomar decisiones arriesgadas, en un estado de fatiga, como ocurre en las guardias (y en el día siguiente tras ellas, ya que en atención Primaria no se descansa) es lógico que genere una situación de estrés que predisponga a burnout.

**Los intensivistas** actúan en unidades de alto riesgo, por lo general no concretan relación amistosa con sus pacientes por lo que no reciben gratificaciones directamente de los mismos, realizan un trabajo rutinario llegando a tornar muy cansado, esto también es factor de desarrollar burnout.

**Los Psiquiatras y otros trabajadores de salud mental**, soportan ansiedades y depresiones con alto riesgo de identificación y de transferencia emocional y además su rol profesional está poco definido (en especial en graduados principiante, o profesionales que no ha podido actualizar sus conocimientos, mucho más si es una demanda del sector público donde llegan diferentes patologías), rozando áreas y temas extra-médicos (sexología, sociología, antropología). **Los médicos generalistas**, por su parte tienen un campo de trabajo inabarcable, por lo que el manejo de la incertidumbre es casi imposible. Además tampoco está claro del todo su perfil e identidad profesional. (Gonzales y de la Gándara, 2004).

### 1.1.8. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

En opinión de otros autores como Chacón y Grau (2004), con un poco más de detalles en cuanto a manifestaciones clínicas, reportan 4 grupos de afecciones en el síndrome, descritas como sigue:

A. *Psicosomáticos*: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.

B. *Conductuales*: ausentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

C. *Emocionales*: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.

D. *En ambiente laboral*: detrimento de la capacidad de trabajo detrimento de la calidad de los servicios que se brindan a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes. (citado Almira y Roca, 2008)

## 1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVEIGACIÓN

### 1.2.1. BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Edad: Respecto a la edad no se ha encontrado resultados que indiquen que existe una edad específica en la que se desarrolle el burnout. Sin embargo referente al estudio de Farber, B. 1984, citado por Fernández, (2002). , al parecer aquellos que tengan entre 20 a 25 años tendrían bajos niveles de burnout. Posteriormente se experimentaría niveles altos en aquellos cuyas edades se encuentren entre 25 a 40 años aproximadamente, decreciendo los niveles de burnout a partir de los 40 años.

Percepción paradójica a lo que los autores, Yagil (1998), Crane e Iwanicki (1986), y Schawb e Iwanicki (1982) refieren en su estudio, donde indican que los más jóvenes experimentan episodios recurrentes de estrés, mayores niveles de cansancio y fatiga (Basset y Estévez, 2012). Esto debido a la poca experiencia que tienen por ser principiantes y poseer pocas herramientas que les ayuden enfrentar el burnout.

Género: No se tienen estudios que revelen, el género específico que desarrolle más burnout, lo que si se ha analizado es que el género femenino por desempeñar doble

role en la sociedad, padezca de mayor agotamiento emocional en comparación con los hombres (Abraham., 1984 y Maslach., 1999)

Fernández, M. (2002), considera que no existe un género en el que predomine desarrollarse más el burnout, lo que si importante es la influencia y características propias de cada estudio, que se encuentran por cada país y cultura.

Estado Civil: Pando, Aranda, Aldrete, Flores y Pozos (2006) indican que aquellos que no tienen pareja tienen más probabilidades de padecer burnout. Farber (1984) y McGee (1989) opinan lo contrario, indican que el estado civil no afecta el tener o no burnout.

Tiempo de servicio: Los resultados en relación con los años de experiencia son contradictorios. Se ha encontrado que los profesionales con más de 20 años de experiencia presentan mayores niveles de estrés que las personas con menos experiencia (Borg & Falzon, 1989 citado por Vandenberghe & Huberman, 1999; Fernández 2002, p. 34) aunque estudios de Malik et al. (1989), indicarían que los años de experiencia no contribuye de manera significativa al estrés laboral (Citado Vandenberghe & Huberman, 1999; Fernández 2002, p. 34).

Hijos: aunque no existen estudios relevantes de esta variable relacionados con el síndrome de burnout, se mostraron menores niveles de burnout en una muestra de profesores con hijos que presentaban menores niveles de burnout (Pierce & Mollow, 1990, citado por Vandenberghe & Huberman, 1999; Fernández 2002, p. 36)

Turno: En el personal de enfermería se ha observado una relación significativa, entre la sobrecarga labora percibida y bajos sentimientos de realización personal en el trabajo (Richardsen et al., 1992; Gil et al., 1993; citados por Gil & Peiró, 1997; Fernández 2002, p. 38).

Salario: Las causas que parecen desencadenar burnout son múltiples, entre las más citadas cabe mencionar los bajos salarios, exceso de horas de trabajo y los turnos rotativos (Schaufeli y Buunk, 2003, citado Jenaro, Flores y González 2006). Todo profesional desea ver el fruto de su esfuerzo. Ya que la carrera de medicina es una de las más sacrificadas, el profesional espera sentirse retribuido al recibir la compensación económica de su trabajo. Un salario por debajo de lo esperado por el profesional causará inconformidad y desmotivación.

Falta de Instrumentalización: Poco puede ayudar un profesional de la salud, si no cuenta con los instrumentos necesarios y hasta indispensables para una atención primaria. Una realidad que refleja el pleno siglo XXI, es la decadencia de recursos en entidades de servicio público. Es de esperar, pues, que los profesionales de algunas de las instituciones sanitarias con poca instrumentación trabajen sintiéndose insatisfechos y con sentimientos de auto culpabilidad, por no poder actuar como deberían.

Existen otros tipos de estresores que son de igual importancia y pueden clasificarse en seis categorías: cultura organizacional, estructura organizacional, el territorio, la tecnología, el liderazgo y el acoso psicológico. (Gil Monte, 2005).

La organización como unidad, en el cual se movilizan varias fuerzas que actúan con un objetivo en común, puede llegar a ser fuente de estrés, por una incorrecta estructura organizacional, la indefinición de roles, la sobre carga de tareas, vías de comunicación inadecuadas pueden ser pequeños detonantes que afecten la estadía de los colaboradores de dicha institución.

La zona de trabajo de los profesionales de la salud es amplia, hoy abarcan territorios rurales y urbanos. El territorio urbano es alejado de la ciudad, y es en su mayoría de difícil acceso, ya sea por el tiempo en que demora llegar al sitio o por la condiciones de la vías, esto puede provocar en los profesionales que trabajan en estas zonas, agotamiento.

Ahora la tecnología, ésta provee, rapidez, ahorro de tiempo y recursos, se puede acceder a un documento al instante, crear bases de datos, tener inventario de los recursos que se poseen, todo se encuentra salvaguardado de alguna manera por la tecnología. Sin embargo el uso desmedido del mismo puede llegar a ocasionar, estrés, ansiedad e irritabilidad, sea por el acceso de horas frente a un computador o condiciones deficientes del mismo.

El liderazgo siempre será necesario, aún más si se encuentran involucradas las relaciones interpersonales. El trabajo de los grupos debe ser liderado por una persona que posea cualidades de empatía, facilidad de palabra, actitud asertiva y que ame los retos. Si dentro de la organización un líder no cumple éstas características, con dificultad obtendrá apoyo de sus pares.

El acoso psicológico o maltrato, involucra a dos, el acosador y el victimizado, su naturaleza puede ser el uso de palabras discriminativas o de burla que se proliferen hacia una persona, o subyugar a la misma a través de griteríos.

### **1.2.2. BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL**

En 1930 la Organización Interterritorial de Trabajo concluye que los médicos constituyen uno de los grupos profesionales en los que el estrés y el agotamiento se presenta con mayor frecuencia, produciendo efectos psíquicos: ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos, motivados por la gravedad de los pacientes. La O.M.S. auspicia un grupo de trabajo sobre los riesgos profesionales en el ámbito hospitalario observándose que la sobrecarga asistencial, las urgencias, los turnos rotatorios y la situación crítica de los pacientes generan intensa ansiedad y estrés (De Lorenzo, 1997 citado Rosa Gómez Esteban 2004).

En una investigación realizada por la *Revista Panamericana de Salud Pública* los trastornos mentales aumentaron vertiginosamente de 114 millones en 1990 a 176 millones en el 2010, siendo la *depresión* el principal componente de esa carga.

Avances científicos de las últimas décadas, tras resultados de encuestas de salud mental en América Latina aproximadamente el 80% de personas con problemas de salud mental, no tienen acceso a servicios de salud. (Roses Periago Mirta, 2005)

Con esto se espera que las entidades de salud pública reconozcan la necesidad de mejorar la calidad y clima de trabajo. Esta decisión permitirá que exista una nueva generación en pensamiento, acción y estilo de trabajo dignos para los profesionales de salud.

### **1.2.3. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO**

El término *estrategias de afrontamiento*, fue definido por Lazarus y Folkman (1986, p. 164) como: "...esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo...".

Un grupo de teóricos, que han recopilado información acerca del afrontamiento (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988; Moos & Billing, 1982; Páez Rovira, 1993) coinciden en clasificar tres dominios generales, los mismos que

reflejan el tipo de estrategia que utiliza una persona para hacer frente a las situaciones extrañas o estresantes. Pueden estar dirigidas según la:

- La valoración (*afrentamiento cognitivo*): es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable.
- El problema (*afrentamiento conductual*): es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
- La emoción (*afrentamiento emocional*): es la regulación de los aspectos emocionales y el intento de mantener el equilibrio afectivo.

Otro de los aportes que tomaremos en cuenta es el de Gil-Monte y Peiró (1997), que aportan con tres categorías encausadas para la prevención y tratamiento del síndrome de burnout, abarcando tres ejes importantes: el individual, el grupal y el organizacional.

*Eje individual.* La persona se prepara para dar solución a los problemas, utilizando la asertividad y organizando y planificando el tiempo, de manera eficaz. Lazarus y Folkman (1986), Edwards (1988), Begley (1998), también hacen mención sobre el afrontamiento orientado al problema y el afrontamiento orientado a las emociones. El afrontamiento orientado al problema, trata de responder directamente a la situación que provoca estrés, el orientado a la emoción intenta moderar la respuesta emocionalmente ante eventos estresantes.

En el *eje grupal* el apoyo de las redes sociales (percepción y recepción de apoyo) de los familiares, colegas y directivos forman un sustento vital para disipar los niveles de estrés. Si nos encontramos en un ambiente donde la colaboración, aceptación y valoración es percibida por el equipo, se podrá accionar frente al burnout.

*En el eje organizacional*, la responsabilidad de las instituciones públicas o privadas por ofrecer, un clima, estructura y cultura organizacional positiva, ayudará a mantener un ambiente agradable de trabajo. Es ineficaz y poco ético someter a programas de tratamiento a individuos con burnout, mientras se mantienen las demandas excesivas y las condiciones laborales inapropiadas (falta de apoyo y ambigüedad de rol).

Es en este eje entonces que la organización deberá implementar programas de socialización anticipada, implantación de sistemas de evaluación y retroalimentación e integrar técnicas de desarrollo organizacional. (Gil-Monte, 2003)

Otra forma para afrontar el burnout, es a través de la Terapia Cognitiva Conductual (Beck, 1963). Esta terapia busca activar en la persona pensamientos que le permitan ver al problema desde otra perspectiva, es decir que reinterprete el problema.

Los pensamientos negativos ocasionan malestar emocional, si cambiamos la perspectiva de los pensamientos negativos afrontaremos la situación de manera positiva, esta técnica es conocida como Reestructuración Cognitiva (Ellis, 1981).

La *Resiliencia*, es otra forma de afrontamiento, es la capacidad que tiene cada ser humano para sobrellevar la ansiedad, desesperanza y desánimo, aún en medio del problema. Las personas que adoptan por ser resilientes, dan al tiempo, la oportunidad de ir aclarando la contrariedad, sin intervenir demasiado por resolverlo. *La Resiliencia* es considerada como una estrategia de afrontamiento del ser trascendente, que asume con responsabilidad la solución de los problemas para transformarlos, de situaciones amenazantes, a situaciones que pasarán, sin que el ser se inhabilite y haber salido fortalecidos de ella.

Meditar, orar, también es otro estilo de afrontar los problemas. Rotter (1996), habla sobre el "Locus de Control Interno", el dominio de sí mismo. Un individuo que se conoce como ser integro, con emociones, actitudes y defectos, puede avanzar en su plano de vida con tranquilidad y así solucionar uno a uno los problemas.

Los buenos pensamientos, la estima propia, el procesar la culpa, tener esperanza, son también necesarias para afrontar cualquier situación estresante en la vida.

Espiritualidad, tener un espacio para relajarse, conectarse con la naturaleza, aire fresco, sonido suaves y agradables, hábitos que construyan un vida interna de paz, seguridad y esperanza. Existe un escrito que a los creyentes ayuda mucho en momentos de tensión y tribulación, en Mateo cap. 11 versículos 28-29 Dios enseña "Vengan a mí los que van cansados, llevando pesadas cargas, y yo los aliviaré. Carguen con mi yugo y aprendan de mí, que soy paciente y humilde de corazón, y sus almas encontrarán descanso. (La Biblia 98ª edición).

Manuel Fidalgo Vega (2005), transcribe:

En España, la Ley de Prevención de Riesgos, al reconocer la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, *incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y ofrecer entornos laborales más*

*saludables*. Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales consecuencias de unas condiciones de trabajo nocivas, fuente asimismo de accidentalidad y absentismo.

Es importante pues, prevenir y accionar con estrategias de afrontamiento viables, para disipar los conflictos y un futuro padecimiento del síndrome de burnout.

#### **1.2.4. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL**

Para Páez (1992), el apoyo social es definido como la posición y el modo de relación entre individuo y sociedad, que constituye cierto grado de pertenencia a la estructura social (Martínez Festorazzi, V 2007).

En el estudio del burnout, el *apoyo social*, puede brindar, sustento y equilibrio de emociones. Establecer vínculos estables y de afecto entre familiares, colegas y amigos representa tener aceptación y respeto de los demás. Esta experiencia de aceptación y respeto es lo que forja una personalidad más resiliente para afrontar los problemas.

Las condiciones de trabajo en las instituciones donde se brindan servicios en atención directa a usuarios, ya sean estos hospitales, entidades educativas, municipios, agencias policiales, etc., demandan del profesional un arduo trabajo para satisfacer la necesidad que están en su cargo. La organización responsable debe poseer un ambiente de trabajo ordenado, jerarquizado, dando motivación y apoyo al personal que labora, si estas condiciones no llegan a cumplirse pueden declinar, perjudicando en muchas de las ocasiones irreparablemente el entorno, con niveles altos de estrés. Es así que el apoyo social puede favorecer u obstaculizar la sana permanencia del personal en su lugar de trabajo (Caplan, 1974; Cassel, 1974-1976; Cobb, 1976, citado López de Roda & Chacón, 1992).

Peiró, Luque & Meli (1993) resumen en seis grupos las variables que se conjugan con el estrés como variable de riesgo psicosocial: variables ambientales, características personales, experiencia subjetiva del estrés, estrategias de afrontamiento, resultados de la experiencia estrés y los resultados del estrés para la persona y la organización. (Valeria Martínez Festorazzi, 2007). Caplan (1979), menciona que el apoyo social

utiliza los "vínculos afectivos" para mejorar la adaptación entre los individuos (a su vez conforman grupos) y provee de recursos importantes para enfrentar las situaciones de estrés, reto o privación.

Avendaño, Bustos, Espinoza, García, Pierart (2009), en su investigación comparten cuatro ejes que consideran importantes sobre el apoyo social y que son sustrato de otras investigaciones, las más importantes que ellos consideran son: (a) para la gente es importante la ayuda percibida y que esté disponible, así como percibir que es recibida efectivamente; (b) el apoyo social puede producirse en tres ámbitos diferentes: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas; (c) la ayuda puede ser principalmente de dos tipos: instrumental (como medio para conseguir otros objetivos) o expresiva (como fin en sí misma); y (d) desde el punto de vista del bienestar y la salud, tanto el apoyo cotidiano como el que se recibe en situaciones de crisis son importantes.

El apoyo social brinda alternativas positivas, permite que los niveles de estrés sean mediados, se percibe ayuda por parte de quienes nos rodean, y es sinónimo de salud. De no poseer un apoyo social, las redes de amigo, familiares y trabajo se irán debilitando poco a poco hasta quedarse sin este importante factor que ayuda hacer frente al burnout.

### **1.2.5. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD**

Cherniss (1980) indicaba la importancia que podía tener un nivel alto de ansiedad en la aparición del burnout. También Hills y Norvell (1991) muestran incidencia del neuroticismo en el desarrollo del proceso de burnout y Farber (1983) ha estudiado la posible asociación entre Patrón A, de conducta y burnout. Buendía y Riquelme (1995) y Byrne (1994) han mostrado como los sujetos caracterizados por un lugar de control externo tiene mayor probabilidad de resultar afectados por el síndrome. Igualmente la percepción de descontrol se asocia al agotamiento emocional, falta de realización personal y sintomatología depresiva (McKnigh y Glass, 1995. citado Moreno Jiménez B. 2001).

El neuroticismo ha sido el rasgo de personalidad que más estrechamente se ha vinculado a enfermedades psicosomáticas: fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras, trastornos gastrointestinales, pérdida o ganancia de peso, hipertensión, asma, dolores musculares, resfriados frecuentes (Costa, 1986., McCrae, 1987. Citado Moreno Jiménez B. 2001). Puntuaciones altas en neuroticismo,

con frecuencia experimentan emociones negativas, como la irritabilidad y la depresión y toda una sintomatología que parece estar asociada al “estar quemado”: fracaso, indefensión, celos, etc. (Maslach, 1982, Cherniss, 1980, Maslach y Pines, 1977 citado Hernández y Olmedo, 2004). El neuroticismo parece interferir en el uso de mecanismos de afrontamiento adaptativos haciéndolos menos efectivos (McCrae y Costa 1986).

Otro de los rasgos que podría estar siendo un factor para desarrollar burnout es el Patrón de Conducta Tipo A, pues, se la ha correlacionado en forma positiva con la despersonalización, cansancio emocional, con “quemarse” en general, con cinismo, con negatividad interpersonal y con fatiga física (Nowack, 1987; Mazur y Lynch, 1989 citado Hernández y Olmedo, 2004).

Las personas que presentan Conducta Tipo A, muestran deseos de superación altos, aceptan más de una responsabilidad a la vez, cuando se haya en alguna situación estresante su percepción es que su entorno es el causante y no él. Una interesante contribución de Hernández y Olmedo (2004), en su investigación es incluir los aportes de Rotter (1966), que indican que las personas con Locus de Control Externo, perciben las situaciones estresantes como causadas por agentes externos, piensan que es la responsabilidad de otros los problemas que le incomodan, presentando mayores niveles de estrés y de insatisfacción. Si relacionamos estos dos tipos de conductas “Locus de Control Externo” y “Conducta Tipo A” con episodios recurrentes de estrés en el trabajo, el desarrollo del burnout estaría siendo una amenaza latente para el profesional que posee estas actitudes.

De manera contraria se ha relacionado al tipo de personalidad de extraversión, con una alta acción racional, pensamiento positivo, sustitución y disuasión, y los individuos con puntuaciones altas en este factor utilizaban con frecuencia denominados estilos de afrontamiento tales como la reacción hostil, auto-culpabilidad, pasividad e indecisión (McCrae y Costa, 1986). El Locus de Control Interno (Rotter, 1996), está asociado con personalidades que asumen sus responsabilidades, buscan soluciones y fluyen en las situaciones que para otros podría ser muy difícil tolerar.

## CAPÍTULO II

### METODOLOGÍA

#### 2.1. Diseño de Investigación

En la actualidad se conoce que los trabajos ocupacionales solicitan de los profesionales un sobre esfuerzo humano, que resulta con el tiempo angustioso y que expone al profesional a sufrir serios problemas en su salud física y mental e integración social. Ante este problema de salud se ha realizado investigaciones referentes al Síndrome de Burnout en ámbitos laborales de servicios humanos.

Para obtener información acerca de este problema se realiza una investigación dirigida a personal médico y de enfermería del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z., de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas. A quienes se les aplicará seis instrumentos con la finalidad de identificar el nivel de burnout en el personal encuestado; identificar las variables sociodemográficas y laborales que permitan conocer el contexto en el que se desarrollan los médicos y enfermeras/os; determinar el estado actual de la salud mental de los profesionales sanitarios; conocer el tipo de apoyo social más utilizado como mecanismo protector ante el burnout; conocer los estilos de afrontamiento que utilizan frente a las situaciones adversas; e identificar el rasgo de personalidad que posee los profesionales con burnout.

#### **Diseño Metodológico:**

**Es Cuantitativa:** se aplica los instrumentos de evaluación a veinticinco enfermeras/os y quince médicos y analizar la información de los instrumentos.

**Es no Experimental:** se observa la problemática de estudio, en su ambiente natural, no se manipulan variables deliberadamente.

**Es transeccional (transversal):** Se investiga el estado de las variables en estudio en un momento dado es decir, en un punto en el tiempo.

**Es exploratorio:** Se explora la investigación en un momento dado.

**Es descriptiva:** se selecciona una serie de causas las cuales serán medidas y de las cuales se obtendrá información de las mismas, para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

## **2.2. Población**

La muestra de esta investigación fue de veinticinco enfermeras/os y quince médicos, todos, pertenecientes a un hospital del sector público, con diversas especialidades, entre ellas, pediatría, neonatología, medicina interna, emergencia, consulta externa y cirugía.

Los datos de esta investigación son recolectados mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad, los cuales están diseñados para ser aplicados en el personal sanitario vinculado al Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z., de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Se solicita al Director del Club de Bioético del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z., la oportunidad de realizar una investigación del tema "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador". Se explicó además que la investigación consistía en aplicar seis cuestionarios por profesional y que el tiempo de la aplicación sería de 30 a 40 minutos aproximadamente. Con la finalidad de no provocar interrupciones se tomaría en última instancia la decisión de entregar al profesional que no disponga de tiempo, los instrumentos en un sobre sellado de manila, salvaguardando la confidencialidad y seriedad de la investigación. A continuación se explicó que se entregaría un informe psicológico individual una vez finalizada la calificación de los test y previamente revisada por una profesional experimentada del área de psicología de la UTPL. Se indica que la entrega del dicho informe final, tendrá la finalidad de ayudar al conocer al profesional encuestado si padece o no de burnout, cuales son sus estrategias para enfrentar el estrés, si posee una red de apoyo social sólida, si su salud mental se encuentra en buen estado o si deberá aplicar nuevos hábitos para mejorar su salud.

## **2.3. Instrumentos**

Los instrumentos que se aplicarán en el proceso de recogimiento de datos han sido seleccionados con el propósito de cumplir los objetivos proyectados, en esta

investigación, herramientas que se puntualizan a continuación, cuestionarios que deben ser administrados en el orden que se subrayan a continuación:

- **Cuestionario de variables socio-demográficas y laborales** nos permite conocer la realidad de la: Edad, género, estado civil, nº hijos, horas trabajadas, horas extras, años de profesión, remuneración de los profesionales encuestados. Como también si están, o no satisfechos con su vida laboral, y si percibe valoración por parte de pacientes, colegas y directivos de la institución.

- **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)**, contiene 22 enunciados, que permiten detectar y medir la existencia del burnout en los profesionales a nivel personal, social y laboral. También permite valorar los sentimientos y pensamientos del profesional, por medio de tres escalas:

Agotamiento Emocional: Vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

Despersonalización: Grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento relacional (médico-paciente).

Realización Personal: Sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo

- **El Cuestionario de Salud (GHQ-28)**, cuestionario que consta de 28 ítems, cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con disturbios psiquiátricos, a través de cuatro sub-escalas:

Síntomas Psicosomáticos: Afección biológica resaltable, como dolor de cabeza.

Ansiedad: Nerviosismo, irritabilidad, Insomnio.

Disfunción Social: Dificultad para concentrarse, insatisfacción al realizar las labores

Depresión: Presencia de síntomas que varían desde insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza, deseos de quitarse la vida.

- **Cuestionario de Afrontamiento (COPE)**, escala multidimensional de 28 ítems tiene por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles.

Las formas de afrontamiento que se evalúa son las siguientes:

- **Afrontamiento activo:** Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
  - **Planificación:** Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
  - **Auto-distracción:** Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
  - **Apoyo instrumental:** La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación.
  - **Apoyo emocional:** Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
  - **Reinterpretación positiva:** Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
  - **Aceptación:** Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
  - **Negación:** Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
  - **Religión:** El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
  - **Autoinculpación:** Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
  - **Desahogo:** La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
  - **Desconexión conductual:** Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar o alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
  - **Uso de sustancias:** Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
  - **Humor:** Hacer burlas y reírse de la situación estresante.
- 
- **Cuestionario de Apoyo Social (AP),** Es un instrumento auto-administrado, multidimensional que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural), brinda la posibilidad de obtener un índice global de apoyo social del individuo y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son:

- **Apoyo emocional:** Posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
  - **Apoyo material o instrumental:** Contar con ayuda doméstica.
  - **Relaciones sociales de ocio y distracción:** Incluye contar con otras personas para comunicarse.
  - **Apoyo afectivo:** Demostraciones de amor, cariño y simpatía.
- **Cuestionario de Personalidad (EPQR-A),** nos permite conocer cuáles son los tipos de personalidad que más predominan en la muestra, Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo y sinceridad.

- **Neuroticismo:** Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si el sujeto es neurótico o estable.
- **Extraversión:** Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio, mientras puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- **Psicoticismo:** El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- **Sinceridad:** Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

#### 2.4. Recolección de datos

Los cuestionarios utilizados para esta investigación fueron detallados en el ítem anterior, indicando el servicio que cada uno de ellos tiene.

Para la recolección de datos se realiza una selección aleatoria de médicos y personal de enfermería. En el momento de la presentación de los instrumentos a ser llenados, se pudo explicar el objetivo de la investigación, dando idea y justificación a los

profesionales que colaboraban sobre la importancia de la contestación honestas de los cuestionarios.

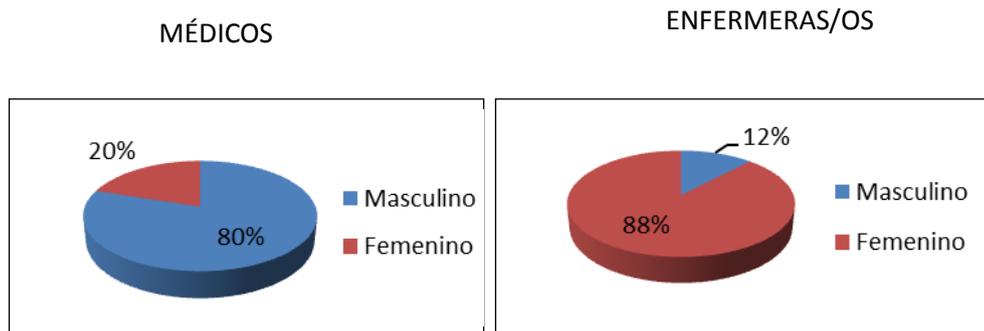
En la mayoría de los casos no se podía aplicar los cuestionarios debido a que el trabajo en el que se encontraban inmersos era a presión y de rápida intervención si la necesidad lo requería. Además todo el hospital estaba siendo remodelado lo que impedía concentración, por el ruido, el ingreso de más personas, es decir, del grupo de remodelación y los mismos pacientes. Esto fue una gran dificultad para poder desarrollar la investigación, y en especial para a aplicación de los test, pues al momento de entregar los cuestionarios, había un rechazo, e inconformidad, por el mismo entorno estresante en el que se laboraba. Sin embargo en aquellos casos que se pudo aplicar los cuestionarios el personal se mostró participativo y curioso de saber los resultados. De aquellos que no podían contestar los instrumentos en un momento dado por la ocupación de sus cargos, recibieron en un sobre de manila los cuestionarios dando seguridad y confianza, de que la información no tendría acceso a terceros y de esa manera poder obtener resultados más confiables de los test. El trabajo de enfermeros y enfermeras en sus turnos rotativos, no permitió que se pueda establecer un contacto más cercano para poder apreciar y contestar sus inquietudes. Sin embargo al momento de retirar los cuestionarios aquellas preguntas no contestadas, lo fueron después, es decir, al momento de retirarlos.

## CAPÍTULO III

### 3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES PERSONAL MÉDICO

#### Género

Gráfico 5

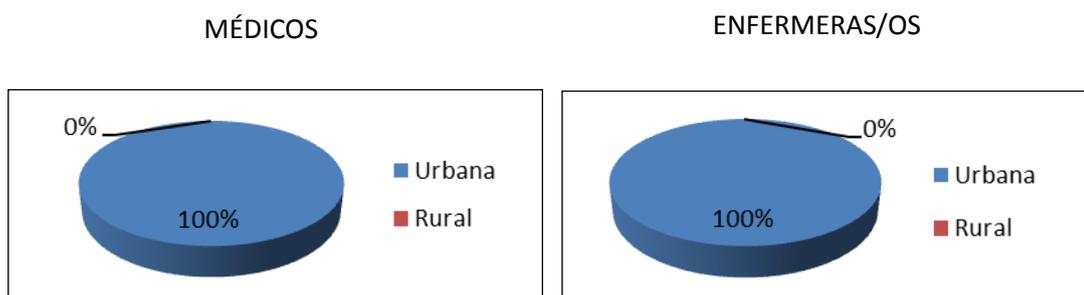


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 80% de médicos son varones el 20% mujer, la edad promedio de este grupo es de 36 años de edad. El 12% del personal de enfermería son varones y el 88% son mujeres.

#### Zona de vivienda

Gráfico 6



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 100% de los enfermeros/as y médicos viven en la zona rural de Santo Domingo.

## Estado civil

Tabla 5

### MÉDICOS

### ENFERMERAS/OS

Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Soltero	2	13,33333333	Soltero	11	44
Casado	9	60	Casado	7	28
Viudo	0	0	Viudo	0	0
Divor/sepa	2	13,33333333	Divor/sepa	4	16
Unión libre	2	13,33333333	Unión libre	3	12

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Según el estado civil el 13% de médicos es soltero, el 60% casado, un 13% divorciado o separado y un 13% vive en unión libre. En el equipo de enfermería el 44% de es soltero, el 28% casado, un 16% divorciado o separado y un 12% vive en unión libre.

## Remuneración Salarial

Tabla 6

### MÉDICOS

### ENFERMERAS/OS

Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Diaria	1	6,66666667	Diaria	0	0
Semanal	1	6,66666667	Semanal	0	0
Quincenal	0	0	Quincenal	0	0
Mensual	13	86,66666667	Mensual	25	100
No recibe	0	0	No recibe	0	0

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 87% de los médicos recibe su remuneración mensual, el 7% diariamente y el 7% semanal. El 100% del equipo de enfermería recibe su remuneración mensual.

## Valor salarial

Tabla 7

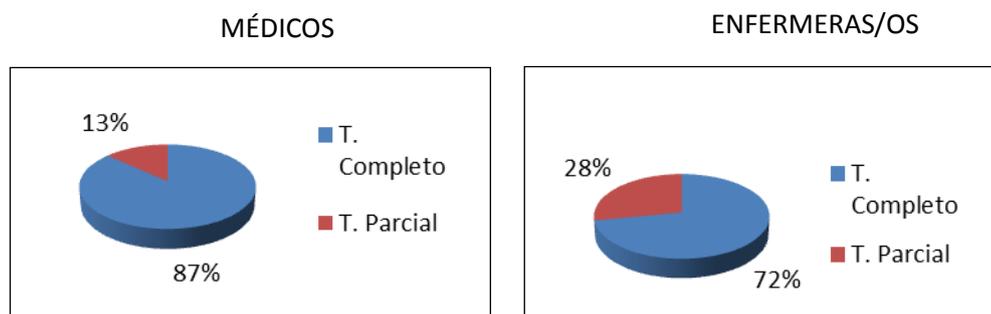
MÉDICOS			ENFERMERAS/OS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
0 -1000	5	33,33333333	0 -1000	18	72
1001 -2000	8	53,33333333	1001 -2000	7	28
2001 - 3000	1	6,66666667	2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0	3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0	4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	1	6,66666667	5001 - 6000	0	0

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 33% de médicos gana aproximadamente 1000, el 53% entre 1001- 2000, un 7% gana entre 2001-3000 y un 7% entre 5001-6000. De equipo de enfermería el 72% gana aproximadamente 1000, y el 28% entre 1001 y 2000 dólares.

## Tipo de trabajo

Gráfico 7



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 86% de médicos trabaja a tiempo completo y el 13% parcialmente, El 72% de enfermeras/os trabaja a tiempo completo y el 28% parcialmente.

## Tipo de contrato

Tabla 8

MÉDICOS			ENFERMERAS/OS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Eventual	1	6,66666667	Eventual	1	4
Ocasional	4	26,6666667	Ocasional	11	44
Plazo fijo	4	26,6666667	Plazo fijo	4	16
Indefinido	5	33,3333333	Indefinido	9	36
Serv. Profes	1	6,66666667	Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0	Ninguno	0	0

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 7% de médicos trabaja eventualmente, un 27% ocasional, 27% tiene trabajo fijo, el 33% indefinido y el 7% presenta servicios profesionales. Del equipo de enfermería el 4% trabaja eventualmente, un 44% ocasional, 16% tiene trabajo fijo y el 36% indefinido.

## Turnos Rotativos

Tabla 9

MÉDICOS			ENFERMERAS/OS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Vespertino	12	27,2727273	Vespertino	1	3,84615385
Matutino	13	29,5454545	Matutino	7	26,9230769
Nocturno	7	15,9090909	Nocturno	0	0
Fin de Sem	5	11,3636364	Fin de Sem	0	0
Rotativo	7	15,9090909	Rotativo	18	69,2307692

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 30% de médicos trabaja en turnos matutinos el 27% en turnos vespertinos y el 43% está entre turnos nocturno, fin de semana y rotativos. El 27% enfermeras/os trabaja en turnos matutinos el 4% en turnos vespertinos y el 69% está en turnos rotativos.

## Pacientes Atendidos Diariamente

Tabla 10

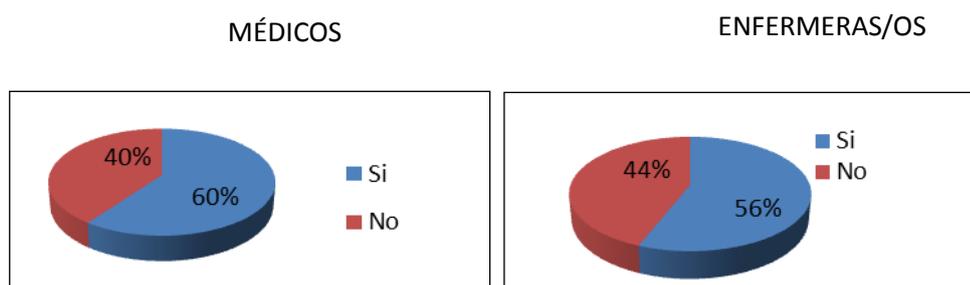
MÉDICOS			ENFERMERAS/OS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0	Ninguno	0	0
25%	0	0	25%	2	8
25 - 50 %	2	13,3333333	25 - 50 %	1	4
50 - 75 %	4	26,6666667	50 - 75 %	6	24
75 - 100 %	9	60	75 - 100 %	16	64

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 60% de los médicos atiende un 75 a 100% de pacientes diarios, el 27% atienden de 50 a 75% pacientes diarios y un 13% atiende de 25 a 50% pacientes diarios .El 64% de los enfermeros/as atiende un 75 a 100% de pacientes diarios, el 24% atienden de 50 a 75% pacientes diarios, un 4% atiende de 25 a 50% pacientes diario y el 8% a un 25% de pacientes.

## Pacientes Fallecidos

Gráfico 8

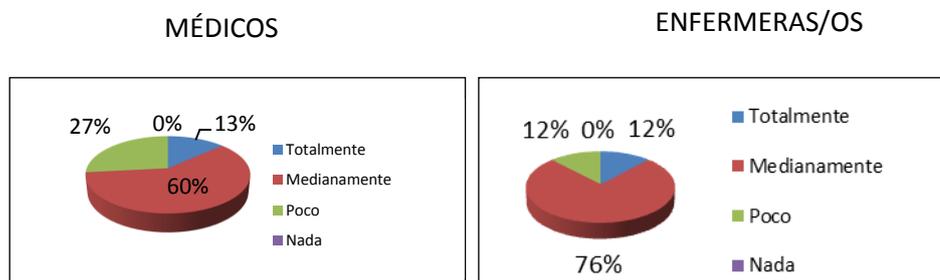


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 60% de médicos ha tenido pacientes fallecidos. El 56% del equipo de enfermería atendió a pacientes que después fallecieron.

## Recursos necesarios

Gráfico 9

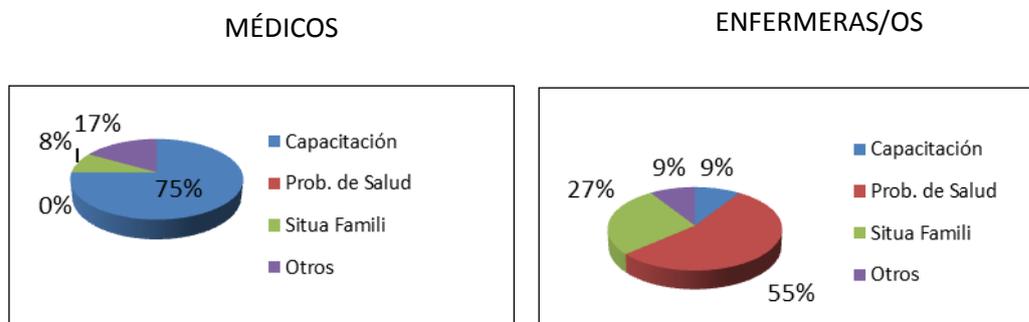


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 60% de médicos, indica tener medianamente los recursos para trabajar, el 27% poco y el 13% cree tener todo lo necesario para trabajar. Del equipo de enfermería el 12% indica tener totalmente los recursos para trabajar, el 76% medianamente y el 13% dice tener poco.

## Causas de los permisos

Gráfico 10

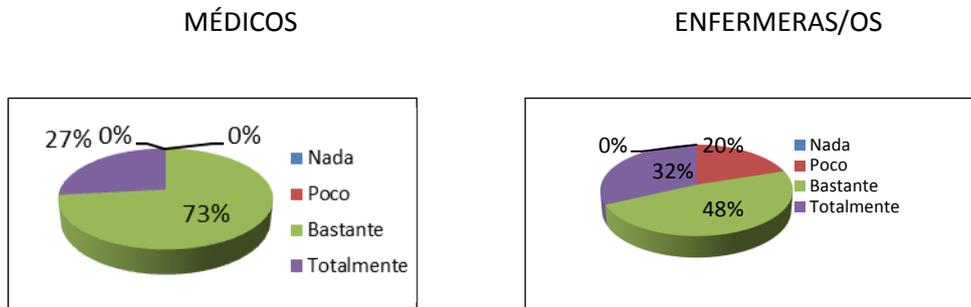


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 73% de médicos indica haber solicitado permisos, de los cuales el 75% refieren haberlos hecho para capacitarse, el 16% por otros asuntos y el 8% motivos familiares. El 44% del personal de enfermería indica haber solicitado permisos, de los cuales el 55% refieren haberlos hecho por problemas de salud, el 27% por motivos familiares, un 9% por capacitación y otro 9% asuntos y varios.

## Valoración de los pacientes

Gráfico 11

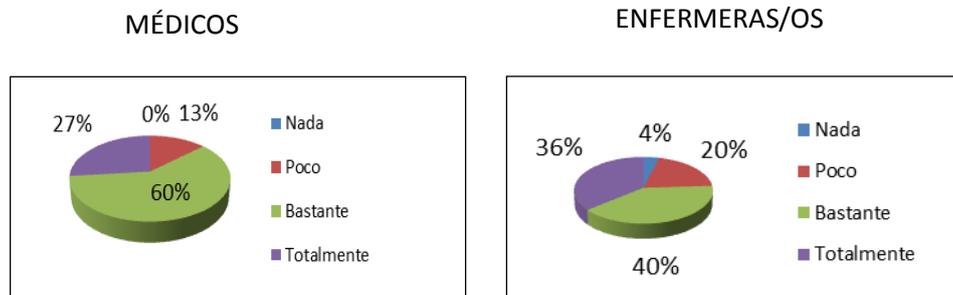


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Los médicos refieren que el 73% se siente bastante valorado por sus pacientes y un 27% totalmente valorado por sus pacientes. Los enfermeros/as refieren que el 32% se siente totalmente valorado, el 48% bastante valorado por sus pacientes, y el 20% poco valorado por sus pacientes.

## Valoración de los familiares

Gráfico 12

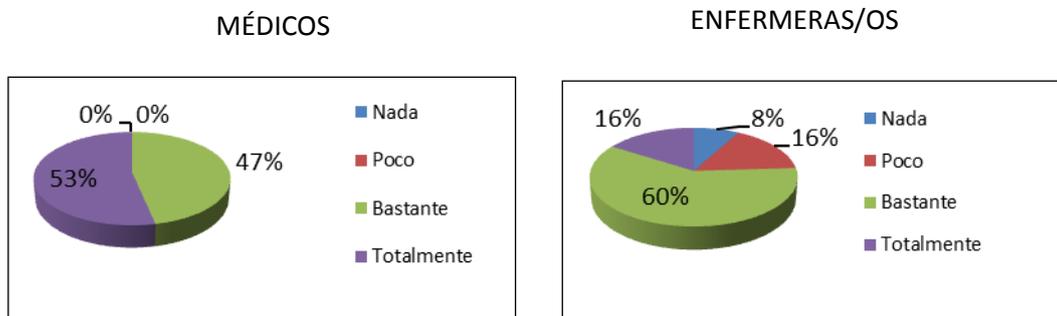


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 60% de médicos recibe una buena valoración de los familiares, el 27% totalmente valorado y el 13% poco valorado por los familiares de los pacientes. Del equipo de enfermería el 36% recibe una total valoración de los familiares, el 40% se siente bastante valorado, el 20% poco valorado y un 4% nada valorado por los familiares de los pacientes.

## Valoración de colegas

Gráfico 13

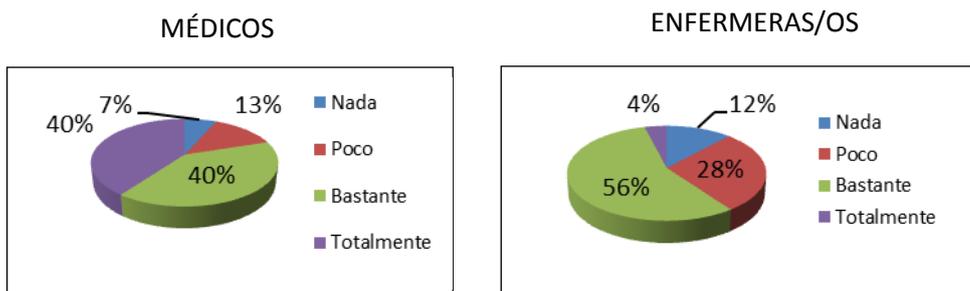


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Un 53% de médicos se siente totalmente valorado por los colegas y el 47% bastante valorado por sus colegas. Del personal de enfermería un 16% se siente totalmente valorado por los colegas, el 60% bastante valorado, un 16% poco valorado y el 8% nada valorado por sus colegas.

## Valoración de los directivos

Gráfico 14

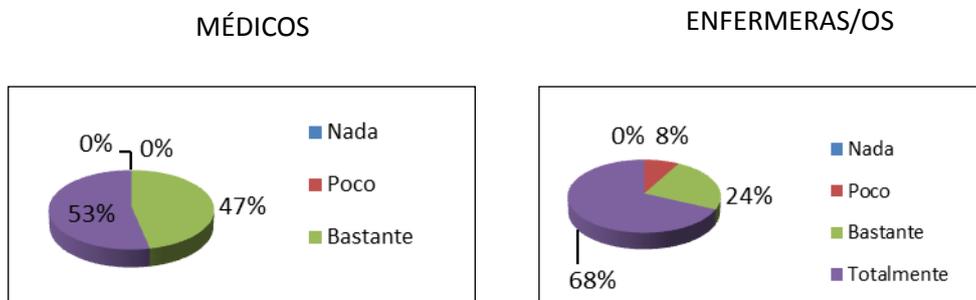


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 40% de médicos se siente totalmente valorado por sus directivos, otro 40% bastante valorado, el 13% poco valorado y el 7% nada valorado. Del grupo de enfermería el 4% se siente totalmente valorado por sus directivos, el 56% bastante valorado, el 28% poco valorado y el 12% nada valorado.

## Satisfacción en el trabajo

Gráfico 15

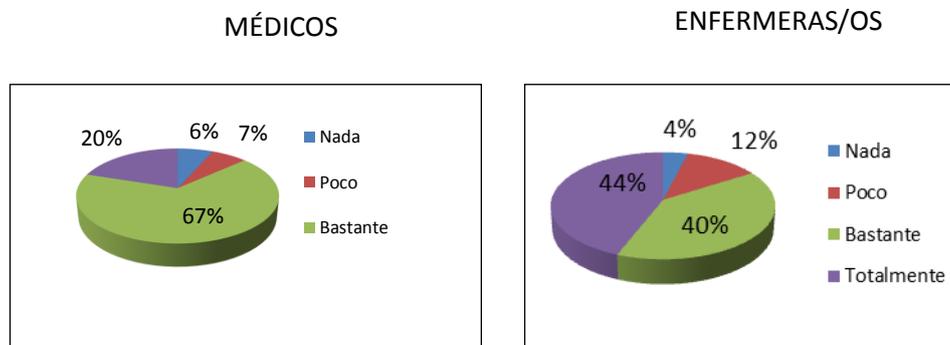


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Respecto a la satisfacción en el trabajo el 53% de médicos indican estar totalmente satisfecho y el 47% bastante satisfecho. El grupo de enfermeras/os respecto a la satisfacción en el trabajo el 68% indican estar totalmente satisfecho un 24% bastante satisfecho y el 8% tiene poca satisfacción en el trabajo.

## Satisfacción Profesional General

Gráfico 16

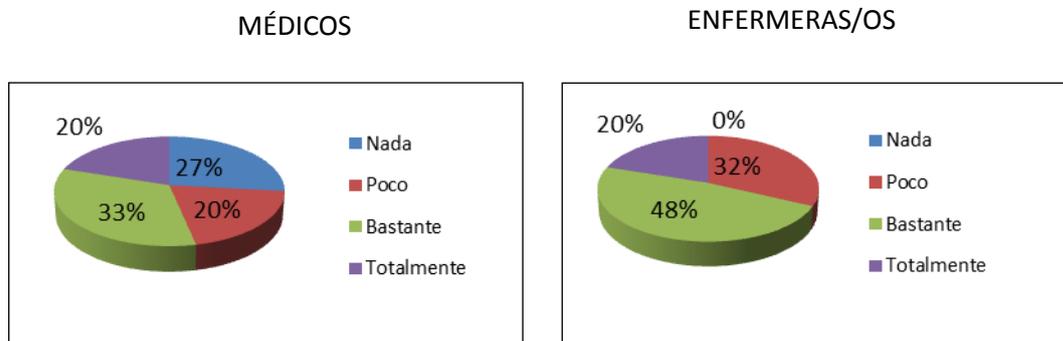


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Solo el 20% de médicos indicó estar satisfecho totalmente con su experiencia en el trabajo, y un 66% se siente bastante satisfecho por la experiencia que tiene, un 7% poca satisfacción y el 6% nada de satisfacción. El 44% de enfermeros/as indicó estar satisfecho totalmente con su experiencia en el trabajo, el 40% se siente bastante satisfecho por la experiencia que tiene, un 12% poca satisfacción y el 4% nada de satisfacción.

## Satisfacción economía

Gráfico 17

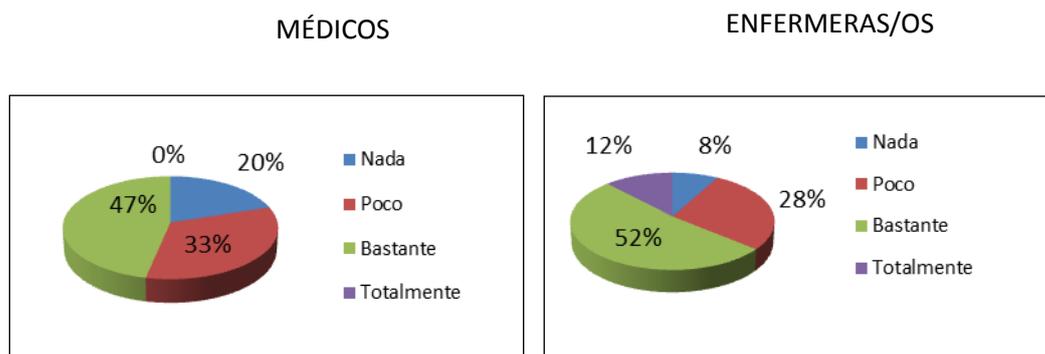


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 20% de médicos está totalmente satisfecho, el 33% bastante, el 20% poco satisfecho con su economía y el 27% nada satisfecho. Del grupo de enfermería el 20% está satisfecho totalmente con su economía, el 48% bastante y el 32% poco satisfecho.

## Apoyo directivos

Gráfico 18

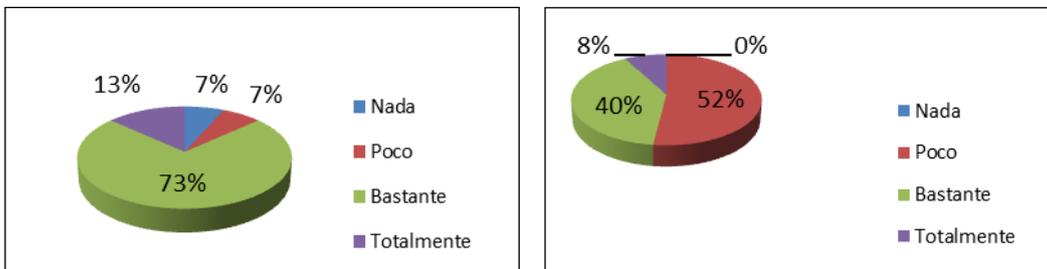


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 47% de médicos está bastante satisfecho con el apoyo de sus directivos y un 20% está nada satisfecho. Del equipo de enfermería el 12% está totalmente satisfecho con el apoyo de sus directivos, un 52% está bastante satisfecho, el 28% poco y el 8% nada satisfecho.

**Apoyo Colegas**

**Gráfico 19**



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 73% de médicos está bastante satisfecho con el apoyo de sus colegas, un 13% totalmente, otro 7% poco satisfecho y un 7% nada satisfecho. Del equipo de enfermería el 8% está totalmente satisfecho con el apoyo de sus colegas, el 40% bastante, y un 52% poco.

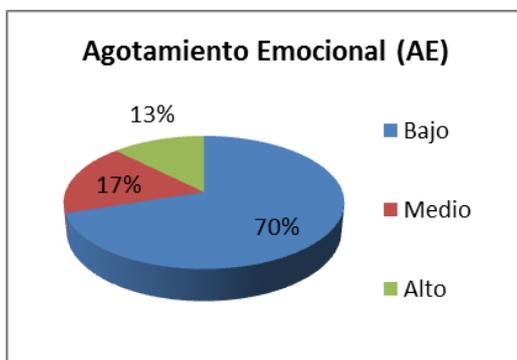
**3.2. SUB-ESCALA DEL BURNOUT**

**Porcentaje General de burnout de la muestra seleccionada**

Como resultado del análisis del Cuestionario de Burnout de Maslach sobre la Prevalencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores de instituciones sanitarias, podemos decir que de los 15 médicos y 30 enfermeros/as del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z., se obtienen los siguientes resultados:

**Niveles de Agotamiento Emocional en la población encuestada del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z.**

**Gráfico 20.**

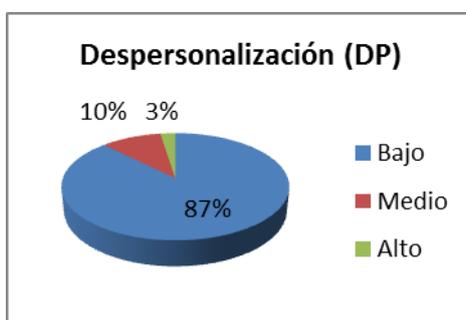


Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory

*Agotamiento Emocional* el 13% con alto nivel de burnout, está indicando pérdida de energía vital y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. Se encuentra irritable, se queja constantemente por la cantidad de trabajo realizado y pierde la capacidad de disfrutar de las tareas, el 17% con nivel medio de burnout se siente tensionado y frustrado debido al trabajo y el 70% indica que su trabajo no le produce gran tensión ni frustración.

### **Niveles de Despersonalización en la población encuestada del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z.**

**Gráfico 21**

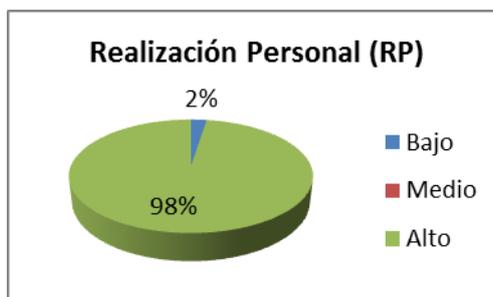


Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory

*Despersonalización* el 3% tiene alto burnout presentando distanciamiento, muestra un cambio negativo en las actitudes y respuesta hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo, un 10% en nivel medio de burnout experimenta en ocasiones cuando el trabajo se torna muy fuerte, a mantenerse distante con los demás, sin embargo, se interesa en brindarles una buena atención, y el 87% bajo, presenta actitudes positivas hacia los demás, ya que su trabajo le resulta bastante motivador.

### **Niveles de baja realización personal en la población encuestada del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z.**

**Gráfico 22**



Fuente: Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory

*Realización Personal*, un 2% indicó alta insatisfacción, pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión, y el 98% se encuentra satisfecho sobre el trabajo realizado, además siente ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad.

#### CUADRO COMPARATIVO DE LA SUB-ESCALA AGOTAMIENTO EMOCIONAL ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS/O

**Tabla 11**

MÉDICOS			ENFERMERAS/OS		
Agotamiento Emocional			Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%	Nivel	Fr	%
Bajo	12	80	Bajo	16	64
Medio	2	13,33333333	Medio	5	20
Alto	1	6,66666667	Alto	4	16
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos y enfermeros Cuestionario MBI

El 80% de médicos no presenta agotamiento emocional, el 13% estaría experimentando tensión y frustración y el 7% ya presenta pérdida de energía vital y cansancio. En el personal de enfermería el 64% indica que no está experimentando gran tensión en su trabajo, el 20% está experimentando tensión y frustración debido al trabajo y un 16% ya experimenta pérdida de energía para trabajar y se siente cansado.

#### CUADRO COMPARATIVO DE LA SUB-ESCALA DESPERSONALIZACIÓN ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS/O

**Tabla 12**

MÉDICOS			ENFERMERAS/OS		
Despersonalización			Despersonalización		
Nivel	fr	%	Nivel	fr	%
Bajo	13	86,6666667	Bajo	23	92
Medio	2	13,33333333	Medio	2	8
Alto	0	0	Alto	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos y enfermeros/as Cuestionario MBI

El 13% de los médicos estaría adoptando actitudes de frialdad y distanciamiento relacional (médico-paciente), mientras que el 86% presenta actitud positiva hacia los demás. El 92% del equipo de enfermería refiere tener actitud positiva, el 8% en cambio presenta actitud un poco distante, sin embargo todavía prima interés en brindar buena atención.

### CUADRO COMPARATIVO DE LA SUB-ESCALA REALIZACIÓN PERSONAL ENTRE MÉDICOS Y ENFERMERAS/O

Tabla 13

MÉDICOS			ENFERMERAS/OS		
Realización Personal			Realización Personal		
Nivel	fr	%	Nivel	fr	%
Bajo	0	0	Bajo	1	4
Medio	0	0	Medio	0	0
Alto	15	100	Alto	24	96
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

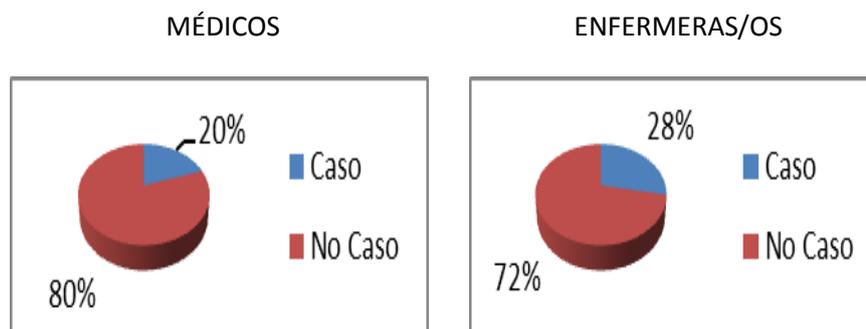
Fuente: Médicos y enfermeros/as Cuestionario MBI

La mayoría de médicos se encuentran satisfechos con el trabajo que realizan. En esta dimensión existe un 96% que indica sentirse muy satisfecho con su trabajo. Sin embargo el 4% tiene alta insatisfacción, pérdida de ideales y apartamiento de actividades sociales y familiares.

### 3.3. SUB-ESCALAS DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL GHQ-28

#### SINTOMAS PSICOSOMÁTICOS

**Gráfico 23**

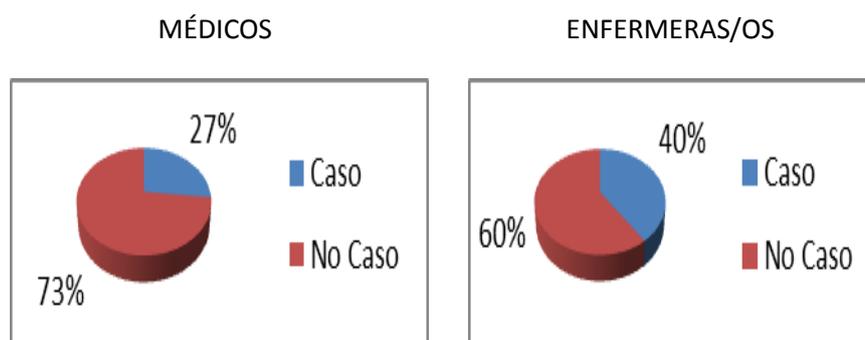


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento GHQ-28.

El 20% de los médicos presentan síntomas psicossomáticos, el 80% no lo presenta. El 28% del equipo de enfermería, presentan síntomas psicossomáticos y el 72% no presenta disturbios psiquiátricos.

#### ANSIEDAD

**Gráfico 24**

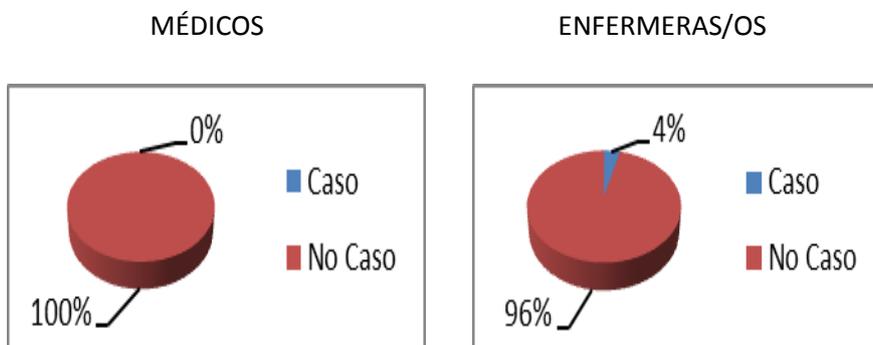


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento GHQ-28.

El 27% de los médicos presentan ansiedad, el 73% no lo presenta. El 40% del equipo de enfermería, presentan síntomas psicossomáticos y el 60% no lo presenta.

## DISFUNCIÓN SOCIAL

**Gráfico 25**

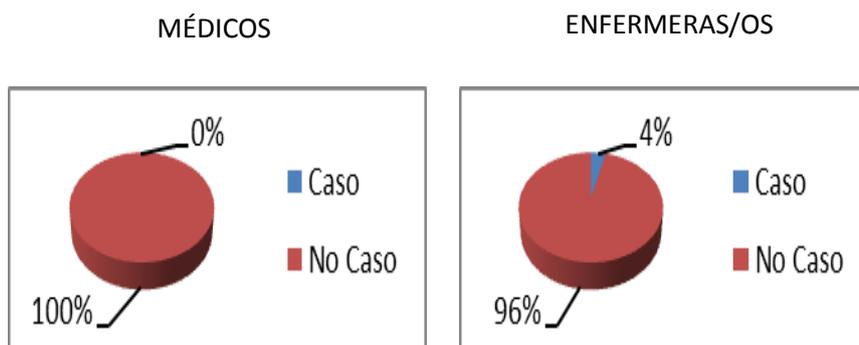


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento GHQ-28.

El 100% de los médicos no presenta disfunción social pero significativamente un 4% del equipo de enfermería presentan disfunción social.

## DEPRESIÓN

**Gráfico 26**



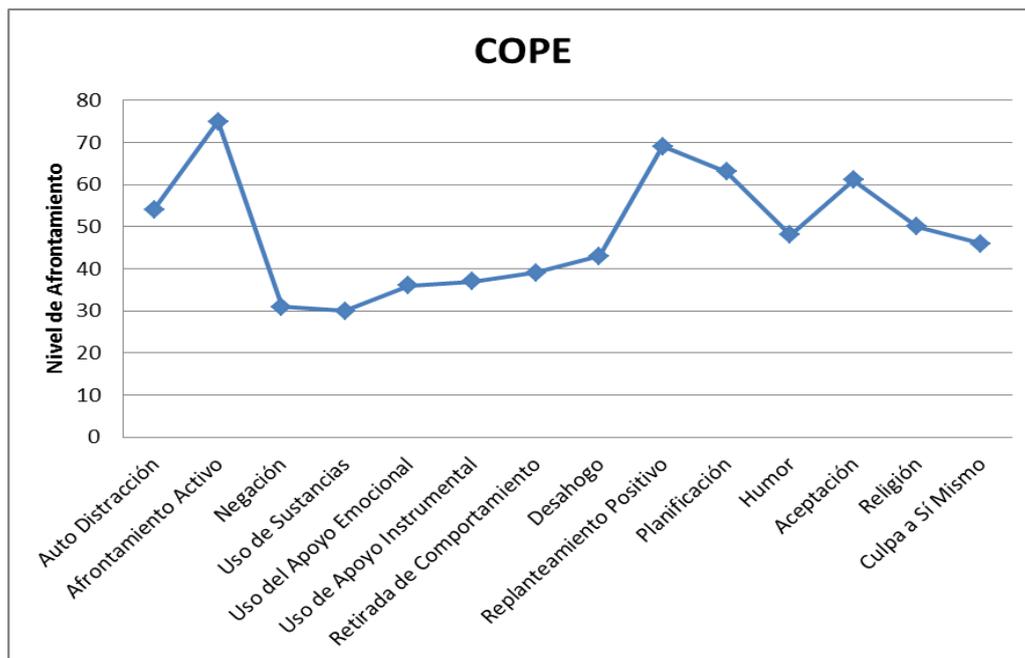
Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento GHQ-28.

El 100% de los médicos no presenta signos de depresión. El 4% de grupo de enfermería refirió tener algún grado de depresión.

### 3.4. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Gráfico 27

#### MÉDICOS SIN BURNOUT

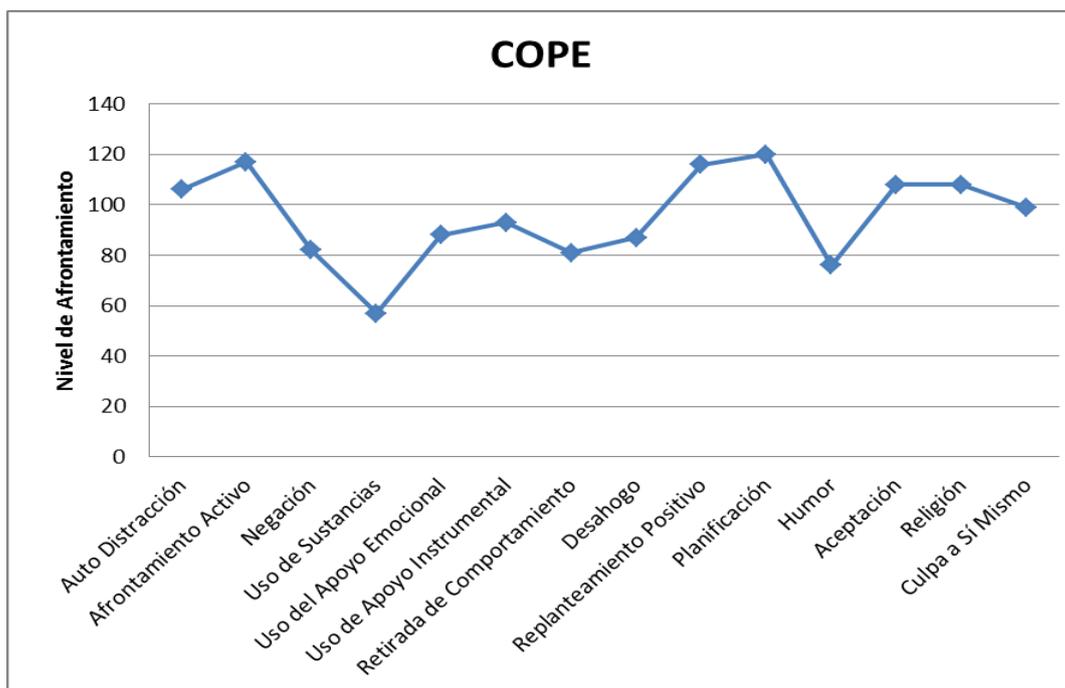


Fuente: Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento

Según la escala BRIEF-COPE el *Afrontamiento activo*, con 75 puntos en la escala, es el estilo de afrontamiento más utilizado por los médicos, es decir, prefieren realizar acciones por sí mismo para reducir las fuentes de estrés. Seguido con 69 puntos está el *Replanteamiento Positivo*, utilizan la situación estresante para crecer y mejorar. *Planificación*, con 63 puntos, analiza cómo hacer frente al estresor, planea pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo. *Aceptación*, 61 puntos, toma conciencia y acepta que la situación que está viviendo es real. *Auto-distracción*, 54 puntos, disipa la concentración en el problema mediante la ocupación en otras actividades. *Religión*, 50 puntos, participa en actividades religiosas en momentos de estrés.

Gráfico 28

## ENFERMEROS SIN BURNOUT

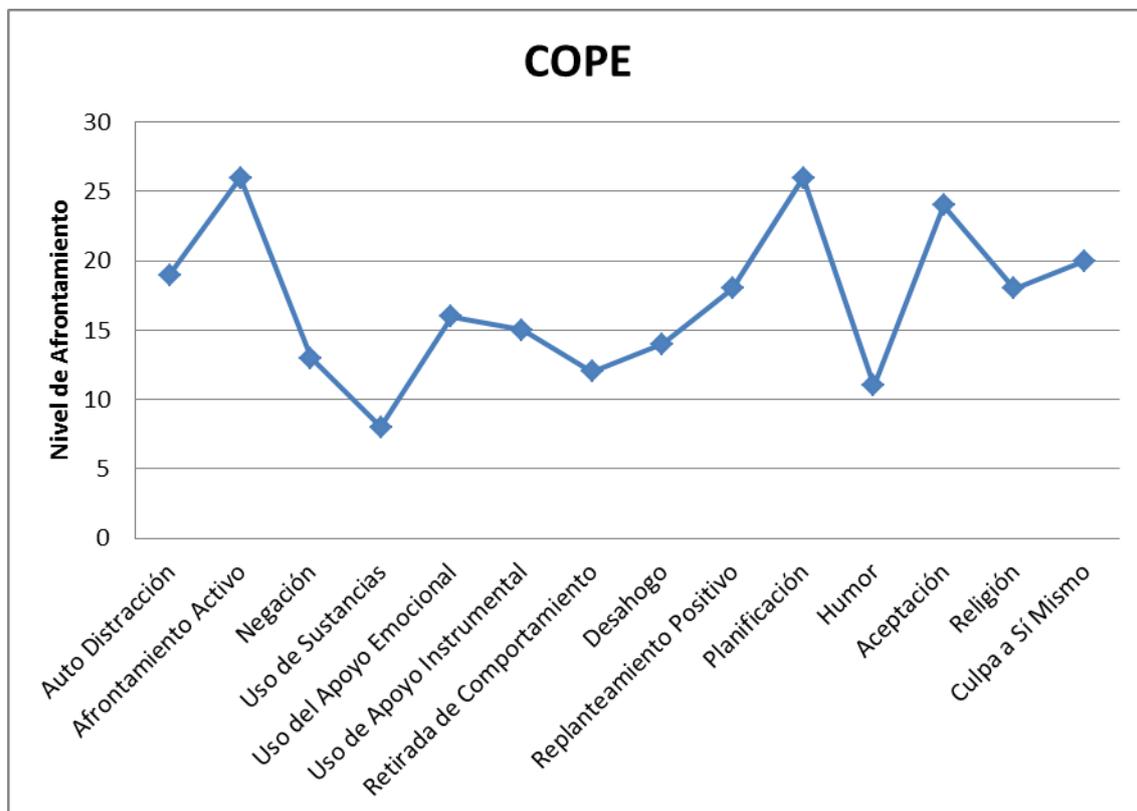


Fuente: Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento

*Planificación, Afrontamiento Activo, Replanteamiento Positivo*, son los estilos más utilizados por el equipo de enfermería, analizan cómo hacer frente al estrés, para realizar acciones por ellos mismos, utilizando esta experiencia como una oportunidad para crecer y mejorar. La *Auto-distracción, Aceptación y Religión*, son los estilos en segundo nivel de importancia, disipan el agente estresor participando en actividades o proyectos, prefieren no negar el problema, aceptan la realidad y buscan en actividades religiosas la oportunidad para enfrentar el estrés.

## MÉDICOS Y ENFERMERAS CON BURNOUT

GRÁFICO 29



Fuente: Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento

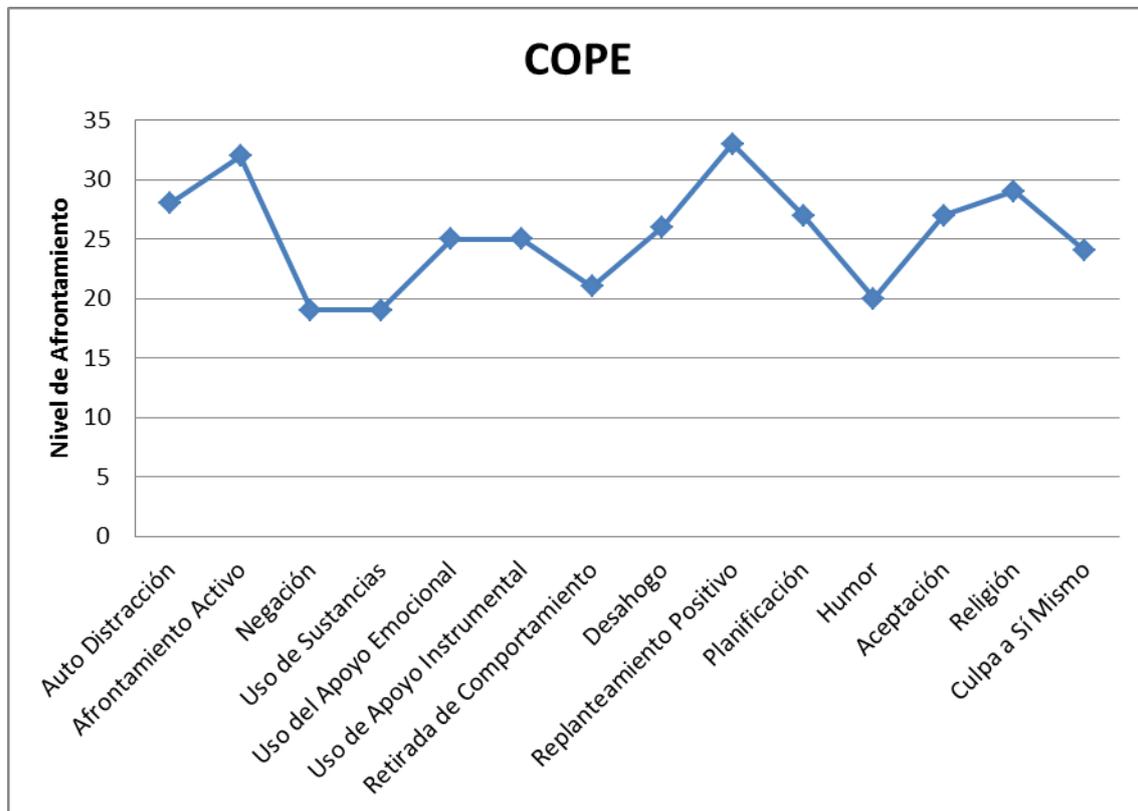
Del grupo de profesionales que tienen burnout, se observa que los estilos de afrontamientos más utilizados son: Afrontamiento Activo, Planificación, Aceptación, Culpabilidad.

Este grupo estaría analizando sus problemas para poder afrontarlos, acepta en el aquí y ahora lo que sucede y prefiere afrontar los problemas personalmente, tiende a criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.

Además en segunda instancia, utiliza los estilos de afrontamiento como Religión, Replanteamiento Positivo, Auto-distracción. Es decir busca apoyo en actividades religiosas, tiende a ubicar los problemas como una oportunidad para mejorar lo que le esté pasando y acude a actividades recreativas para disipar los problemas.

## ENFERMERAS CON NIVELES MEDIOS DE BURNOUT

GRÁFICO 30



Fuente: Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento

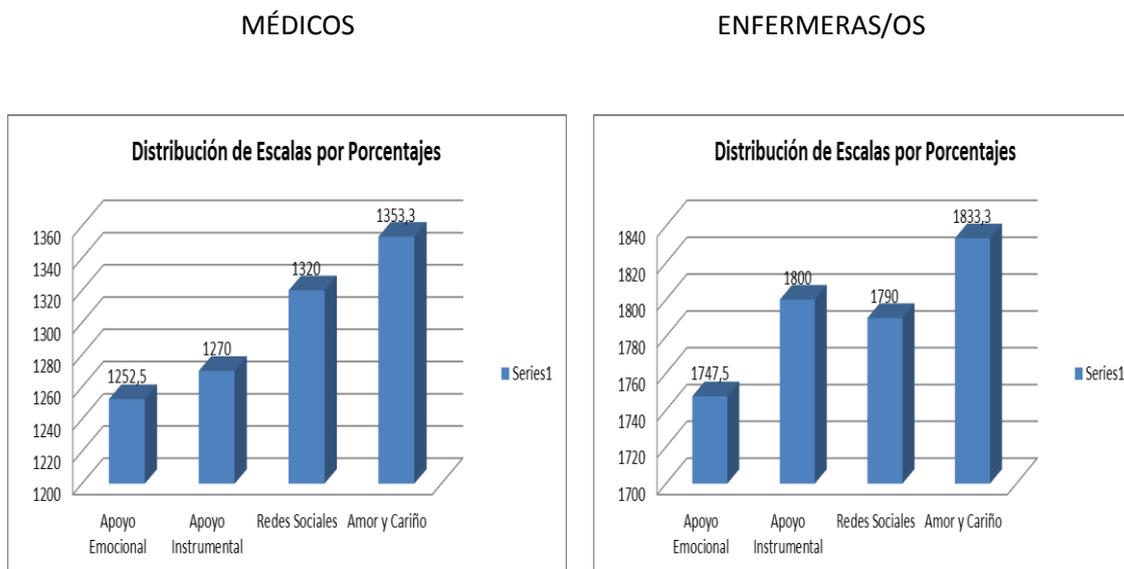
Los estilos de afrontamiento más utilizados por los profesionales con niveles medios de burnout, han sido los siguientes: Replanteamiento Positivo, Afrontamiento Activo, Auto-distracción y Religión. Es decir hay preferencia por analizar los problemas, afrontarlos y verlos como una oportunidad para mejorar, aunque realiza actividades para disipar los agentes estresores también acude a actividades religiosas ya que éstas lo ayudan a sentirse mejor.

Con menor frecuencia utiliza el desahogo para liberar sentimientos que le estén causando malestar emocional, recurre a personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación y busca en otros apoyo, comprensión y simpatía.

### 3.7. ESCALAS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL M.O.S.

#### MÉDICOS Y ENFERMERAS SIN BURNOUT

Gráfico 31



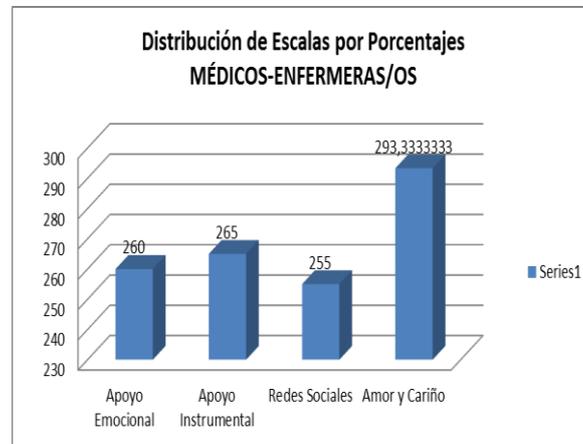
Fuente: Cuestionario Apoyo Social

Los médicos indican en el cuadro de distribución por porcentaje MOS, que la escala de *amor y cariño*, es la más representativa para ellos. Seguido de las *redes sociales* que se encuentran en segundo nivel de importancia. El *apoyo instrumental* se encuentra en la tercera escala y el *apoyo emocional* en la cuarta escala.

El personal de enfermería, también percibe la escala de *amor y cariño* como principal fuente de apoyo. Seguido de la escala *apoyo instrumental*. La escala que representa a las *redes sociales* ocupa el tercer lugar y la escala de apoyo emocional el cuarto nivel de importancia.

## MÉDICOS Y ENFERMERAS CON BURNOUT

GRÁFICO 32

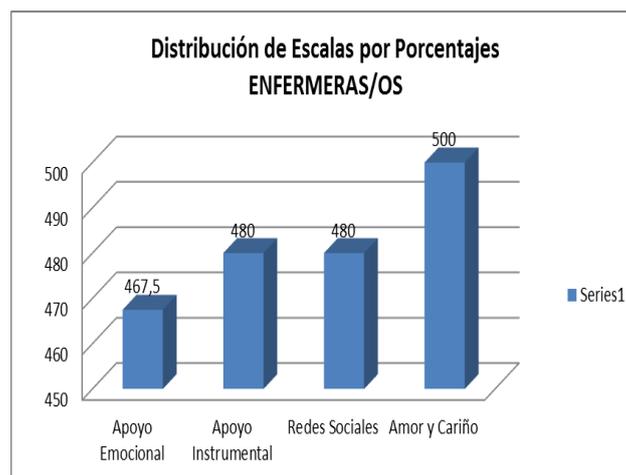


Fuente: Cuestionario Apoyo Social

La escala que representa al apoyo afectivo tiene en la escala el puntaje mayor con 293.3 puntos, una escala de 265 en apoyo instrumental, una escala de 260 en apoyo emocional y 255 puntos para la escala de redes sociales.

## ENFERMERAS/OS CON NIVEL MEDIO DE BURNOUT

GRÁFICO 33



Fuente: Cuestionario Apoyo Social

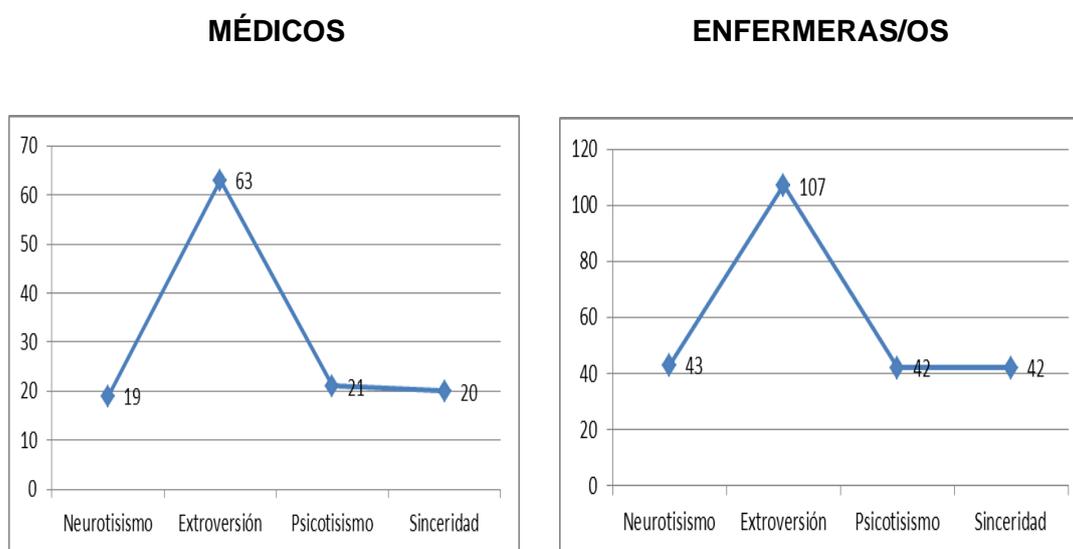
Los profesionales con niveles medios de burnout según el cuestionario MOS indican los siguientes resultados: una escala de 500 para el apoyo afectivo, 480 para las

escalas de redes sociales y apoyo instrumental, y una escala de 467.5 apoyo emocional.

### 3.8. ESCALA DE PERSONALIDAD EPQR-A

#### MÉDICOS Y ENFERMERAS/OS SIN BURNOUT

GRÁFICO 34



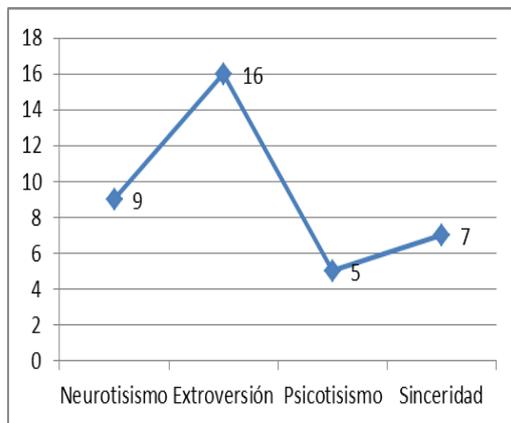
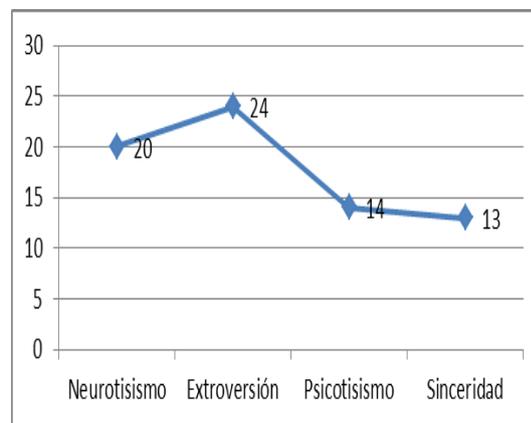
Fuente: Cuestionario de Personalidad EPQR-A

Con 63 puntos en la escala, los médicos indican tener como tipo de personalidad dominante a la Extroversión. Con 21 puntos el segundo tipo de personalidad que posee este grupo es el Psicoticismo. Los estilos de personalidad neuroticismo y sinceridad son los poseen menor puntaje.

En el equipo de enfermería, al igual que en el equipo médico, el tipo de personalidad Extroversión ha sido el que tiene mayor predominio, seguido en la escala con 43 puntos el tipo de personalidad "Neuroticismo". Ligeramente y con menor puntaje los estilos sinceridad y Psicoticismo indican ser los más pasivos.

GRÁFICO 35

## ENFERMERAS/OS CON BURNOUT

ENFERMERAS/OS CON NIVELES  
MEDIOS BURNOUT

Fuente: Cuestionario de Personalidad EPQR-A

El tipo de personalidad predominante en aquellos profesionales con burnout es la Extroversión, con 16 puntos en la escala de personalidad EPQR-A.

Según la escala el neuroticismo con 9 puntos, se encuentra en segundo orden. El tipo de personalidad Psicoticismo y Sinceridad se encuentran en la muestra en forma pasiva.

Aquellos que indicaron tener niveles medios de burnout, poseen características de personalidad extrovertida, representada en la escala con 24 puntos.

Además también se puede describir que el neuroticismo es la segunda personalidad que es característica dentro de este grupo, con 20 puntos en la escala. La Sinceridad y el Psicoticismo se mantienen en forma pasiva.

## CAPÍTULO IV

### 4.1. DISCUSIÓN

#### Síndrome de Burnout

En esta investigación se ha planteado el objeto de descubrir si la muestra selecta tiene o no burnout, además, conocer cuáles son los factores relacionados para su desarrollo en el campo laboral de servicios humanos.

Para saber si la muestra seleccionada tiene burnout, se aplica a 15 médicos y 25 enfermeras/os, del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z. de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), conformada por tres sub-escalas; agotamiento emocional (AE), despersonalización (DS) y baja realización personal (RP), las mismas que, diagnosticarán la presencia o ausencia del síndrome.

Se obtuvo entonces que, un médico presentó alto nivel de AE, otros dos nivel medio. Del personal de enfermería, cuatro fueron los afectados con alto nivel de AE, y cinco en nivel medio. En despersonalización dos médicos refirieron tener nivel medio de despersonalización, al igual que del personal de enfermería. Respecto a la realización personal, solo una enfermera presentó una baja satisfacción profesional.

Con éstos indicadores se conoce que hay **cuatro casos con Burnout** (un médico y tres enfermeras), y **seis casos** (todos del equipo de enfermería), que están desarrollando **burnout en niveles medios**.

El estrés crónico es una de las bases que prepara el desarrollo del burnout, Maslach & Jackson (1981), lo mencionan. Debido a la ruptura homeostática del organismo frente al desequilibrio psiconeuroinmunoendocrinológico del cuerpo, todo un proceso que nace desde la parte occipital de nuestro cerebro, activando la glándula pituitaria, tras el mensaje de alerta de la amígdala, despertando la segregación de las hormonas propias del estrés adaptativo, hacen que el exceso o sobre estimulación de esta acción fisiológica, termine por volverse en contra del propio ser humano, y es lo que conocemos por estrés crónico. La hormona cortisol es liberada por las glándulas suprarrenales, la misma que en cantidades elevadas se las relaciona con problemas

de hipertensión, alteración en la actividad digestiva, déficit de actividad inmunológica y alteraciones neurocerebrales.

El síndrome de burnout en sí mismo ya representa un riesgo alto de enfermedades, sin embargo existen otros factores como lo es el estrés crónico, que al no ser controlado, puede llegar a ser una de las causas de desarrollar burnout.

### **Variables Sociodemográficas**

Se conoce que el equipo médico está formado en su mayoría son varones, a diferencia del grupo de enfermería, que está representada en mayor número por mujeres. Tanto médicos como enfermeras/os residen en zona rural.

En la variable de estado civil, existen más solteros en el equipo de enfermería y el doble de divorcios en comparación con los médicos. De las veinticinco enfermeras/os, diez viven solos y quince en familia, con un promedio de dos hijos por enfermera/o. De los quince médicos, diez viven en familia. El personal médico tiene un promedio de dos hijos por persona y la mayoría se encuentra casado. Según los resultados de este estudio, (especificando la variable de estado Civil) el equipo de enfermería tiene más casos de solteros y la mayoría vive solo. Pando, et. al., (2006) menciona que son la personas solteras las que se encuentran más vulnerables a desarrollar burnout. Nótese que se detectó cuatro casos de burnout, un médico y tres enfermeras, además se descubrió la presencia de seis enfermeras/os con nivel medio de burnout. Es decir los mayores casos de burnout se encuentran en el personal de enfermería y coincide que es el grupo que presenta más casos de solteros, divorciados y que viven solos. Sin embargo por ser una muestra de estudio pequeña, no es prudente asegurar en ésta investigación, que todos las enfermeras/os solteras/os, divorciadas/os o que viven solas/os están padeciendo burnout por su estado civil.

Tanto médicos como enfermeras/os, reciben mes a mes su remuneración salarial, con la excepción dos médicos que diariamente reciben un ingreso extra, por consulta privada. Se identifica que hay mejor remuneración en médicos, dos médicos tienen consulta privada y tienen un ingreso mensual entre 1001 a 2000 dólares mensuales, en comparación de enfermeras/os que reciben hasta 1000 dólares mensuales, aunque se aprecia que un grupo pequeño de siete enfermeras/os reciben entre 1001 a 2000 dólares mensuales. El gráfico 17, informa que tan satisfechos se encuentran médicos

y enfermeras/os sobre su economía. Existe un 20% por cada grupo que se siente totalmente satisfecho, un 48% del equipo de enfermería indica sentirse bastante satisfecho, y de los médicos solo el 33% indicó sentirse bastante satisfecho. Otro 32% de enfermeras/os indicó sentirse poco satisfecho, y de los médicos el 20% indicó sentirse poco satisfecho. Solo del equipo de médicos se detectó que el 27% está nada satisfecho con su economía. Según Schaufeli y Buunk (2003) una baja remuneración, puede ocasionar desmotivación en el trabajo. Esta apreciación no se cumple en esta investigación, pues aunque fue el equipo de enfermería el que indicó tener menor remuneración, no reflejó una insatisfacción marcada, más bien del equipo de médicos cuya remuneración es mayor, se apreció mayor insatisfacción.

Otra variable de este estudio, son los *turnos rotativos*, según la tabla 9, los médicos trabajan más en turnos matutinos y vespertinos, a diferencia de las enfermeras/os que trabaja más en turnos rotativos. Gonzales y De la Gándara, (2004), médicos de profesión, mencionan que una de las causas para desarrollar burnout es el trabajo por turnos. Debido a las alteraciones en el ritmo del sueño, la inversión sueño-vigilia, trabajar incesantemente en una fase opuesta, ocasiona que el individuo pierda eficacia en la ejecución de funciones básicas. La muestra de enfermeras/os en éste estudio están expuestos a sufrir afecciones en su reloj biológico. Si estas acciones se mantienen, se puede llegar a desarrollar diversos trastornos, perjudicando la salud física y mental.

Alrededor del 60% de médicos ha tenido *pacientes fallecidos*, y un 56% de enfermeras/os también. Según Gonzales y De la Gándara (2004), éste es un factor de riesgo para desarrollar agotamiento emocional y despersonalización en los profesionales de la salud. Aunque por medio de esta investigación no se puedan corroborar lo que los autores mencionan, si se debe considerar, importante el apoyo empático de la redes de compañeros, ante la pérdida de la vida de un paciente. Y más si se habían establecido vínculos afectivos con el fallecido.

Referente a los *recursos* el 60% de médicos y el 76% de enfermeros indican tener medianamente recursos para realizar su trabajo. Debe quedar por declarado que ningún especialista puede brindar el 100% de su capacidad si no cuenta con su instrumentalización necesaria. Es el caso de anesestesiólogos o asistentes de cirugía que deben vivir experiencias donde la responsabilidad de una vida está en sus manos, y de llevar como carga emocional en sus vidas la pérdida de una vida humana. Por

ello debe considerarse de mucha importancia la dotación del equipo necesario para cada profesional y su área, ya que éste podría ser un factor de desgaste emocional, característica del burnout.

El *ausentismo* por parte del equipo médico es de 73%, el motivo sería permisos para capacitación, y en el equipo de enfermería el 44% ha solicitado permiso por motivo de problemas de salud.

Refiriéndonos al apoyo que reciben los médicos de su entorno laboral, el 27% se siente totalmente *valorado por sus pacientes*, y un 73% se siente bastante valorado. En el equipo de enfermería el 32% indicó sentirse totalmente *valorado por sus pacientes*, un 48% bastante y un 20% poco valorado.

Los médicos indican que el 53% se siente totalmente *valorado por los colegas*, a diferencia del equipo de enfermería que percibe un 16% de apoyo total por parte de sus compañeros colegas.

Respecto a la valoración que médicos y enfermeras/os perciben de los directivos, los médicos indicaron en un 40% sentirse totalmente valorados, caso muy diferente en el grupo de enfermeras/os, donde solo el 4% refirió sentirse totalmente valorado. Otro grupo de médicos refleja en un 7% nada de valoración por parte de sus directivos, porcentaje que es más elevado en enfermeras/os con el 12%. Aquí se encuentra una causa medular, que expone al personal de enfermería a padecer el síndrome en estudio. Gil Monte (1998), menciona que una mala cultura organizacional además de ineficientes relaciones en comunicación, producirían que el ambiente de trabajo sea más tenso y que los episodios de estrés sean más pesados y difíciles de tolerarlos, siendo un factor para desarrollar burnout.

Aunque se puede apreciar en el gráfico, tanto médicos como enfermeras/os con porcentajes aceptables de satisfacción con su profesión, existe un grupo que estaría experimentando poco y nada de satisfacción con lo que hace.

Médicos y enfermeras/os, indican sentirse bastante *apoyados por sus directivos*, un 33% de médicos experimenta poca valoración de sus directivos y un 2% nada. El 28% de enfermeras/os percibe poca valoración de sus directivos y el 8% nada. Variable apoyo colegas, gráfico 19., se aprecia que el equipo médico percibe un mejor apoyo de sus colegas, en comparación con el personal de enfermería.

Tanto la variables referentes al apoyo y valoración, de directivos, colegas y pacientes, tiene algo en común; la búsqueda de aceptación y respeto.

Según la investigación de Avedaño, et al. (2009), un buen apoyo social brinda cuatro alternativas positivas; a) se percibe ayuda o la ayuda entregada es bien recibida; b) se involucra la comunidad, redes sociales y relaciones íntimas; c) permite alcanzar objetivos en conjunto o da bienestar en sí misma y d) provee salud mental y emocional. El apoyo social modera incluso los niveles de estrés.

## **SALUD MENTAL**

Según el cuestionario GHQ-28, se obtuvo que el 27% de médicos presentan síntomas ansiosos. Esta realidad podría estar siendo sostenida por sentimientos de inseguridad, temor, incertidumbre y desconfianza. En otro 20%, los médicos refirieron poseer síntomas psicósomáticos, como, dolores de cabeza, estrés, cansancio, etc., que podrían estar relacionados en respuesta a la ansiedad.

Se observó durante el estudio de investigación, que los médicos experimentaban inseguridad de su puesto de trabajo. Al entregar los instrumentos de aplicación, algunos se mostraron dudosos e inseguros del uso que tendrían los mismos, aun habiéndose explicado previamente el propósito de la investigación. Según la tabla 8, los médicos de éste estudio, poseen trabajo ocasional o por año. Es decir que estarían experimentando inestabilidad laboral en grado considerable y que se puede considerar como un factor que desarrolle ansiedad. Otro factor negativo fue, la falta de recursos, los médicos indican que sólo el 13% cree poseer totalmente los recursos para trabajar y el 60% considera que medianamente. Este es un factor que ocasiona incertidumbre y preocupación, afectando seriamente la atención en el trabajo. (Gráfico 9). El no poder brindar una atención eficaz, puede ocasionar en el médico sentimientos de auto-culpa e insatisfacción, y posteriormente desarrollar burnout.

El personal de enfermería, refleja afecciones en las cuatro dimensiones del GHQ-28: el 28% indica síntomas psicósomáticos, el 40% ansiedad, un 4% depresión y un 4% en disfunción social. Es decir se estaría presentando síntomas frecuentes de dolores de cabeza, estrés, cansancio, dificultad para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, sentimientos negativos hacia las actividades durante el día con dificultad para concentrarse, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza.

## **APOYO SOCIAL**

El Apoyo Social, para ésta investigación, brinda mucha ayuda, ya que al trabajar en una entidad donde el talento o recurso humano es el pan del día, puede ayudarnos a fortalecer vínculos sociales, aceptación, respeto, autoestima, satisfacción, etc., pero es éste mismo recurso, el que puede dar gran dolor de cabeza y ser difícil de estimular positivamente. Es el caso que se encuentra en ésta investigación, con el personal encuestado. Se observó y percibió en algunas ocasiones mientras se visitaba las áreas para la aplicación de los cuestionarios a personas con descontento al trabajar, sobre cargadas de trabajo, inapropiadas relaciones interpersonales, dentro de la organización.

Según el Gráfico 31, se aprecia que el **equipo médico** sin burnout posee altos niveles en apoyo afectivo (amor y cariño), es decir, los médicos obtienen demostraciones de amor, cariño y simpatía, de su entorno. En segundo lugar se encuentran las redes sociales, donde los médicos encuentran un espacio comunicarse. Esto se relaciona con el porcentaje del gráfico 19., donde el 73% de los *médicos* perciben apoyo de sus colegas y un satisfactorio 47% de sus directivos.

Este grupo prefiere, no buscar apoyo instrumental, es decir no acude con frecuencia a personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar algún inconveniente.

Esto explicaría porque el equipo de médicos acude menos al apoyo Emocional e Instrumental, sus fuentes de apoyo son satisfactorias debido a que poseen un buen apoyo afectivo y sólidas redes sociales. Esto se relaciona de manera positiva pues el equipo médico solo tuvo un caso de burnout, en comparación con el equipo de enfermería que tiene dos casos de burnout y seis que están desarrollándolo.

**En el equipo de enfermería** (Gráfico 31), el apoyo afectivo (amor y cariño) sería también el tipo de apoyo predominante, con la variación de utilizar al Apoyo Instrumental como segunda alternativa, es decir, recurre con frecuencia a personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar una situación estresante o de salud. Esto tiene relación con el gráfico 10, donde se observa que son las enfermeras/os quienes solicitan más permisos por problemas de salud. También se observa que este grupo, no opta por realizar actividades para distraerse y que con dificultad, cuenta con alguien, que le brinde asesoramiento, información o consejo, para afrontando algún problema.

El que una persona experimente “falta de apoyo” de las redes más significativas que le rodean (familia, colegas o amigos) puede ocasionar problemas de salud física o

psicológica. Si la persona no tiene fuentes de distracción, alguien con quien conversar y no recibe afecto, corre el riesgo de somatizar algunos problemas de salud, debido a que sus emociones se encuentran debilitadas y no son atendidas.

El tipo de apoyo social que estaría predominado en el grupo de **profesionales con burnout** y de **profesionales con niveles medios de burnout**, son las de naturaleza afectiva e instrumental, quedando las redes sociales y de apoyo emocional en segunda instancia. Es decir el apoyo social de estos dos grupos (profesionales con burnout y aquellos con niveles medios de burnout) no posee un apoyo gratificante de sus redes sociales; realidad parecida del equipo de enfermería, sin embargo se parecía en grado satisfactorio, que el apoyo Emocional es utilizado por este grupo. Avedaño, et al (2009), considera que un verdadero y útil apoyo social pueda servir de ayuda, siempre y cuando éste sea percibido y esté disponible, en otras palabras que sea transferible, como un feed-back. Si la experiencia del apoyo social no cumple este fin, entonces la percepción que se obtenga será negativa, poco útil y sin valor.

Se puede acotar entonces que un buen apoyo social está relacionado con la salud, podemos citar lo que López de Roda & Chacón, 1992, advierte de los aportes de Caplan et. al., (1976), que mientras menor apoyo social perciban las personas dentro de su trabajo mayores pueden ser los niveles de estrés, pero también puede ser un gran ayudador si se posee a éste como estilo de afrontamiento.

## ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

El ser humano tiende a presentar varios mecanismos de defensa que le permitan protegerse, cuando se siente agredido o percibe que en su alrederos las circunstancias no son favorables para el.

En el burnout, se experimenta agotamiento mental, aislamiento y desgano. Esto a largo plazo, motiva a la persona afectada, a utilizar mecanismos de ayuda que le permitan sobrellevar el agente estresor.

Afrontamiento, es el término que científicos han dado, para definir cuales son las estrategias a las que puede recurrir, una persona con burnout. Lazarus y Folkman (1986), opinan que para afrontar una situación problema, se involucra un esfuerzo cognitivo y conductual, el mismo que puede ir cambiando, hasta percibir que ha adquirido el control sobre la situación desbordante. Es lo que a través de este estudio

se observa mediante la aplicación del Cuestionario BRIEF-COPE. Mediante este instrumento se obtiene información, sobre cuáles son las estrategias a la que el personal médico y de enfermería acude, cuando se siente, estresado.

Los médicos y enfermeros/as que no presentaron burnout y la población que presentó niveles medios de burnout, prefieren afrontar los problemas, planificando y organizando su tiempo y actividades, aceptan la realidad de lo que está pasando (aquí y ahora) y lo afrontan, suelen realizar actividades de ocio para disipar el estrés, participan en actividades religiosas donde obtienen apoyo emocional y espiritual. Este grupo, según Lazarus & Folkman (1986), estaría utilizando el afrontamiento conductual, es decir centra la atención en abarcar el problema de manera personal, integrando actividades que le ayudan a mantener equilibrio afectivo (afrontamiento emocional).

En éste estudio se detectó que en el grupo de enfermería existen casos con burnout o que están desarrollándolo. Entre los estilos de afrontamiento que utilizan se encontró; la planificación, afrontamiento activo y la participación en actividades de auto-distracción para aliviar el estrés, pero también experimenta, sentimientos de auto-culpa, poco humor, búsqueda de apoyo emocional e instrumental, el mismo que no se encuentra sólido, pues se conoció que este grupo refirió sentirse *poco valorado por sus compañeros y no estaría recibiendo afectividad de sus redes complementarias más cercanas (gráfico 10 y 31)*. Caplan (1979), describe en sus investigaciones que el apoyo social es una forma de establecer vínculos para enfrentar el estrés, apoyo que no estaría siendo percibido por éste grupo que tiene burnout.

## PERSONALIDAD

El tipo de personalidad predominante en toda la muestra en estudio fue la extroversión, la misma que se caracteriza por tener rasgos sociables, preferencia por participar en actividades donde se reúnan su grupo de amigos, dinámico.

En este estudio se identifica que la relación entre la personalidad extroversión y burnout es positiva, es decir los profesionales de la salud (médicos y enfermeros/as) que indicaron tener este tipo de personalidad han tomado mejor los problemas y estilos de afrontamiento para hacer frente al estrés. Se aprecia además en el Gráfico 27 de los estilos de afrontamiento en “médicos” que el *humor* tiene niveles medios en

la escala, lo cual explica porque los médicos presentan menos problemas en su salud mental y no presentaron burnout, es que las personas extrovertidas utilizan el humor para salir de la rutina, lo que no sucede con el personal de enfermería que indicó un puntaje bajo de humor en la escala de afrontamiento.

En el grupo de profesionales que tienen niveles medios de burnout, también predominó el tipo de personalidad "Extroversión" y según la escala también existen niveles considerables de neuroticismo. Hills y Norvell (1991) mencionan que existen ciertas bases del neuroticismo, en el desarrollo del proceso del síndrome de burnout. En esta investigación, los rasgos de personalidad neurótica, están presentes en aquellos que están desarrollando burnout. Realidad que coincide con el grupo de enfermeros/as que tiene burnout, cuyos niveles en la escala del cuestionario de personalidad EPQR-A indica que el "neuroticismo" también está en niveles moderados.

Los profesionales que indicaron tener burnout poseen altos niveles de ansiedad, somatizaciones e indicios de depresión y disfunción social, esto coincide con lo que algunas investigaciones (Maslach, 1982, Cherniss, 1980, Maslach y Pines, 1977, 1979) indican referente a que puntuaciones altas de neuroticismo hacen que las personas experimenten emociones negativas, se irriten con facilidad y presenten depresión.

## CAPÍTULO V

### 5.1. CONCLUSIONES

- El síndrome de burnout en esta muestra de estudio, salió positiva. A través del MBI, tanto equipo médico y de enfermería presentan diferentes niveles de agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción personal. Se detectó que el 16% de enfermeras/os tiene alto nivel de burnout, un 20% medio y el 64% no presenta agotamiento emocional. En médicos el 7% indicó tener alto agotamiento emocional, un 13% medio y el 80% no tenía. En despersonalización un 8% de enfermeras/os tiene nivel medio y el 92% no refiere. De los médicos el 13% presentó nivel medio de despersonalización y el 87% no. En la realización personal, el 96% de enfermeras/os está satisfecho y un 4% no está satisfecho. El 100% del equipo médico indicó sentirse satisfecho.

El equipo de enfermería presentó mayores casos de burnout, en comparación con los médicos.

- Los médicos residen en la zona rural, la mayoría representado por estado civil casados, con una remuneración entre 1000 a 2000 dólares, la mayoría trabaja tiempo completo con estabilidad en su trabajo ya sea por nombramiento o fijo. Este personal tiene turnos rotativos, atiende aproximadamente un 75% del 100% de pacientes diariamente, refiere poseer recursos suficientes para realizar su trabajo. Los permisos se justifican por motivos de capacitación, respecto a la valoración percibida desde sus pacientes, colegas y directivos indican sentirse satisfechos. Se sienten bien con su profesión y les gustaría mejorar su situación económica. Del equipo de médicos solo hubo un caso de burnout, respecto a su salud mental refirieron padecer problemas psicosomáticos y de ansiedad. El apoyo social recibido de sus familiares y amistades es sólida u útil.

El equipo de médicos demostró poseer mejores y más sólidas expectativas sobre su trabajo, al igual que del apoyo social que posee a su alrededor, posee trabajo fijo y una remuneración que cubre sus necesidades.

El personal de enfermería reside en zona rural, la mayoría representado por estado civil soltero, con una remuneración de la mayoría de 1000 dólares, la mayoría trabaja tiempo completo y a contrato ocasional. Este personal tiene turnos rotativos, atiende aproximadamente un 75% del 100% de pacientes diariamente, refiere poseer recursos suficientes para realizar su trabajo. La

naturaleza de los permisos se justifica por problemas en la salud. No está percibiendo valoración y apoyo eficiente, de las personas con quienes trabaja, esto ha ocasionado que el equipo de enfermería busque apoyo instrumental y emocional, dejando a un lado la participación con sus redes sociales o amigos. Se detectan dos casos de burnout de éste grupo y de seis que están desarrollándolo en niveles medios.

- Se detecta la presencia de los cuatro criterios del cuestionario GHQ-28, en el equipo de enfermería; síntomas psicósomáticos, ansiedad, depresión y disfunción social. En el grupo médico, se observó la presencia de ansiedad y síntomas psicósomáticos.

La salud mental más afectada se encuentra en el equipo de enfermería en comparación con los médicos.

- El apoyo social percibido y recibido por parte del equipo médico es bueno. Sienten valoración de parte de colegas y directivos de la institución, además poseen apoyo afectivo y buenas redes sociales, se considera que esto le ha permitido tener mejores oportunidades para hacer frente al burnout.

El equipo de enfermería demostró tener deficientes redes de apoyo social, lo cual ha significado ser un factor de riesgo importante, pues es el grupo que se encuentra más afectado por este síndrome. No estaría percibiendo ni recibiendo valoración satisfactoria por parte de sus colegas, directivos. Débiles vínculos sociales y afectivos, acude al apoyo instrumental y emocional para hacer frente al burnout.

- Los estilos de afrontamiento utilizados por los médicos y enfermeras/os sin burnout fueron el cognitivo y conductual (Lazarus & Folkman, 1986).

El equipo de enfermería, aunque indicó utilizar afrontamientos positivos, tiende a utilizar la auto-culpabilidad como mecanismo de defensa, con poco humor y carente de apoyo emocional ha obstaculizado el camino para afrontar los problemas, como resultado se identifica a este grupo como el más vulnerable para desarrollar burnout

- Los médicos y enfermeras/os sin burnout obtuvieron puntajes altos en extroversión, personalidad que se caracteriza por ser abierta a cambios, gusto por los retos, gran ánimo, y el tipo de personalidad que actúa positivamente para afrontar el burnout.
- Aquellos que indican tener burnout presentaron tipos de personalidad de extroversión con neuroticismo lo cual se relaciona negativamente en el

desarrollo del síndrome, ya que rasgos neuróticos indican actitudes negativas, ansiosas y hasta depresivas, características que encontramos en el personal de enfermería.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- El Hospital Dr. Gustavo Domínguez, como ente representativo de salud, debe implementar en el plan de trabajo correspondiente, temas de conferencias que traten la problemática postmoderna referentes al estrés y sus consecuencias, manejo estilos de afrontamiento positivos e importancia del apoyo social.
- Mantener un equipo de trabajo informado sobre las nuevas enfermedades psicológicas que están afectando al sector sanitario.
- Practicar normas de buen trato entre colegas y equipo involucrado en el trabajo.
- Inducir en el equipo de trabajo la utilización de técnicas de afrontamiento viables que ayuden hacer frente al burnout, como actividades de grupo para conocerse e interrelacionarse, lo cual mejoraría las redes de apoyo entre sí.
- Proteger la salud mental del equipo de trabajo, en especial del equipo de enfermería que indicó ser el más sensible para desarrollar burnout.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, A. (1984): Problemática del diagnóstico de la salud mental del docente.
- Almira y Roca, (2008): Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud del Hospital Universitario “Manuel Fajardo”.
- Alpi Stefano & Quiceno Japcy, (2007): Burnout: Síndrome de Quemarse en el trabajo.
- AMAT, (2009): RESURGEN DEPARTAMENTO CIENTÍFICO.
- Avedaño, C.; Bustos, P.; Espinoza, P.; García, F.; Pierart, T. (2009): Burnout y apoyo social en personal de servicio de psiquiatría de un hospital público.
- Avedaño, Bustos, Espinoza, García, Pierart (2009). Burnout y Apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control.
- Basset Machado Ihosvany & Estévezkj Ramos Rafael Antonio (2012): Síndrome de Burnout en el personal docente de enfermería, variables sociodemográficas relacionadas con el burnout.
- Begley, T (1998): Coping strategies as predictors of employee distress and turnover after an organizational consolidation
- Borg, M.G. y Falzon, J.M. (1989): Stress and job satisfaction among primary school teachers in Malta.
- Bronfenbrenner U. (1979): The Ecology of Human Development. Harvard University
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1995): Burnout, factores de estrés y locus de control en un grupo de vigilantes de instituciones penitenciarias. Ansiedad y Estrés.
- Burke, R. (1992). Occupational stress, psychological burnout and anxiety. Anxiety, Stress, and Coping.
- Buunk, B. P. y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory.
- Byrne, B.M. (1994) Burnout: testing for validity, replication and variance of causal structure across elementary, intermediate and secondary teachers.
- Cannon, W.B. (1935). Stresses and strains of homeostasis.

- Caplan, (1979) y Cassel, (1974-1976) en Fernández-Ballesteros R, Díaz, P., Izal, M., Hernández, J.M. Conflict situations in the elderly. Perceptual and Motor Skills 1988.
- Caplan, G. (1974). Social support and community mental health.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach.
- Cassel, J. (1974). Psychological processes and stress.
- Cassel, J. (1976). The contribution of social environment to Host resistance.
- Chacón, M y Grau, J. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos.
- Cherniss, C. (1980). Staff burnout. Job stress in the human services.
- Cohen, E.A. (1953). Burnout, Human Behavior in the concentration.
- Coob, S., (1976). Social support as a moderator of life stress.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite?
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, health, works stress and organizational healthiness.
- Crane SJ, Iwanicki, (1986). Role ambiguity and Burnout among special education teachers..
- Dávila Jennifer y Romero Paola, (2010). Relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción sobre el clima organizacional, en médicos del área de emergencia
- De Lorenzo, L. (1997). "El informe de la O.I.T., efectos sobre la salud".
- Domínguez José Andrés, (2004), estrés en el profesorado universitario. Estudio piloto en dos centros de la Universidad de Huelva (España).
- Donoso Hugo, (2000). Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde
- Edwards, J (1988) the determinants and consequences of coping with stress.
- Ellis, A. (1981). Enfoque racional-emotivo de la terapia sexual. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), Manual de terapia racional-emotiva.
- García Izquierdo, (1991 b). estrés en contextos laborables. Comunicación presentada a las tres Jornadas de Psicología Clínica y salud.
- Engel, G.L. (1997). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.
- Farber, B.A. (1884). Stress and Burnout in suburban teachers.

- Fernández Manuel, (2002). Desgaste psíquico en Profesores de educación primaria de Lima metropolitana
- Figley, Ch., (1995) Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those Who Treat the Traumatized.
- Francisco Barrietos Marco, (2007). Eustrés y distrés.
- Freudenberg, H.J., (1974). Staff burn-out.
- Friedman, M. and Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings.
- García Izquierdo, (1991 a) Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios.
- Gil Monte Peiró, (2003). ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?
- Gil Monte, P.R., Carretero, N. & Roldan M. C. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Ansiedad y Estrés.
- Gillespie, D. (1980). Correlates for active and pasives burnout, types of Burnout.
- Gil-Monte, (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1993): Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de Enfermería.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health.
- Gold, Y., & Michael, W.B. (1985) Academic self-concept correlates of potential burnout in a sample of first semester elementary school practice teachers: a concurrent validity.
- Goldstein, D.S., Eisenhofer, G. (2000). Sympathetic nervous system physiology and pathophysiology in coping with the environment.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. & Carter, D. (1983): Progressive Phases of Burnout and Their Worksite Covariants.
- Gómez Esteban Rosa, (2004). EL ESTRÉS LABORAL DEL MÉDICO: BURNOUT Y TRABAJO EN EQUIPO

- Gonzales Menéndez Ricardo, (2005). Humanismo y Gestión de Salud: pasado presente y futuro p.7.
- Gonzales Ramón y Jesús de la Gándara, (2004). Manuales clínicos- SEMERGEN- el Médico con Burnout.
- Graham Greene Henry, Novela A Burnt-Out Case, 1960.
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (ed.), Stress and burnout in the human services professions (1985, 20 ed., pp. 29-39).
- Hernández, G. L. & Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome de “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad
- Hill RE, Miller, (1981): Job change and midle season of man's life.
- Hills, H. y Norvell, N. (1991). An examination of hardiness and neuroticism as potential poderators of stress outcomes.
- Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout.
- Jenaro, C. Flores, N. González, F., (2006) Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores
- Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (2001). Stress and immunity: Age enhances the risks.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. (2002).Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivo [Stress and cognitive processes].
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future.
- Leiter, M.P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment.
- López de Roda Ana & Chacón Fuertes Fernando (1992), Apoyo Social Percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes, Revista de psicología social pág. 54.
- Malik, J.L., Mueller, R.O. y Meinke, D.L. (1991). The effects of teaching experience and grade level taught on teacher stress: A LISREL analysis. Teaching & Teacher Education, 7, 57-62.

- Mansilla Izquierdo Fernando, 2012. El Síndrome de Burnout o el Síndrome de quemarse por el trabajo.
- Marsollier Roxana & Aguirre Jimena, (2010). Entre el bienestar y el desgaste profesional. Un análisis psicosocial del trabajo estatal en Argentina.
- Martínez Fistorazzi Valeria, (2007). Relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento en el envejecimiento femenino.
- Martínez Pérez Anabela, (2010). Fases del burnout. el síndrome de burnout. evolución conceptual y estado actual de la cuestión.
- Maslach, C. & Jacksons S. (1986), Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto California. Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analysing a complex phenomenon.
- Maslach, C. y Pines, A. (1977) the burnout Syndrome in the day care setting.
- Mazur, P y Linkch, M (1989). Differential Impact of administrative, organizational, and personality factor son the teacher burnout.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1986) Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample.
- McEwen, B.S. (1998) Protective and Damaging Effects of Stress Mediators.
- McGee, R. (1989). Burnout and profesional decisión making: An analogue study.
- McKight, J.D. y Glass,D.C. (1995). Perceptions of control, burnout and depressive symptomatology: a replication and extension.
- Moos, R.H. & Billing, A.G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and process.
- Moreno & Gonzales y Garrosa 2001, Desgaste Profesional (burnout) Personalidad y salud percibida.
- Moreno Jimenez, B. (2001), Factores y riesgos psicosociales, formas consecuencias medidas, y buenas prácticas.
- Moscoso Manolete S., 2011, Red de Revista de América Latina, El caribe, España y Portugal (REDALYC).
- Nowack, K.M. (1986). Type A, hardiness, and psychological distress.
- Oroz Carlos, (2010). Estrés e Infarto.

- Ortega Ruíz y López Ríos (2004). Burnout en profesionales sanitarios, El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas.
- Páez Rovira, D. (1992). Salud, expresión y represión social de las emociones.
- Pando, M., Aranda, C., Alderete, M., Flores, E. & Pozo, E. (2006). Factores psicosociales de burnout en docentes del centro universitario de ciencias de la salud.
- PEIRÓ, J.M.; LUQUE, O; MELI, J.L. 1991: El estrés de enseñar.
- Pierce, M.B. y Molloy, G.N. (1990). Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout.
- Pines, A. y Aronson, E. (1988). Carrer Burnout: Causes and cures.
- Rabin, B.S. (1991). Stress, immune function, and health: The connection.
- Redondo, Ana Isabel; Depaoli, Marcela; D'Onofrio, Matías, 2011. SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA EN MAR DEL PLATA- ARGENTINA.
- Richardson C, Jull G, Toppenberg R, Comerfoed M. (1992). Techniques for active lumbar stabilisation for spinal protection: a pilot study.
- Roses Periago, Mirta, (2005). La salud mental una prioridad de salud pública en las Américas
- Rotter, J. B. (1996). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.
- Rubio Jiménez Jesús (2003), Fuentes de estrés, Síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C. y Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 53-69).
- Schaufeli, W.B. y Buunk, B.P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing.
- Schwab RL, Iwanicki EF. (1982). Perceived role conflict, role ambiguity, and teacher Burnout.
- Selye, H. (1936). Thymus and adrenals in the response of the organism to injuries and intoxications.
- Silverstein, R (1986): How experienced psychotherapists cope with burnout at a state mental hospital.

- Steinman, L. (2004). Elaborate interactions between the immune and nervous systems.
- Thompson, M. S., Page, S. L., Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses.
- Useche Parada Myriam, (2008). Factores de personalidad con el Síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A,B y C.
- Vandenberghe, R. & Hubermsn, A.M. (1999). Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice.
- Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout.
- Yagil D. (1998). If anything can go wrong it will: occupational stress among inexperienced teachers.
- Young, C.R, Welsh, C.J. (2005). Stress, healt and disease.

## ANEXOS


**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**
**Cuestionario Sociodemográfico y Laboral**

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socioeconómicas y laborales. Su objetivo es recolectar datos para una investigación realizada por la Universidad Técnica Particular de Loja. Le agradeceríamos que nos diera su sincera opinión sobre TODAS las cuestiones que le planteamos. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Muchas gracias. Apreciamos muchísimo su ayuda.

**Datos Personales**

Género Masculino  Femenino

Edad \_\_\_\_ años

Mencione la ciudad en la que trabaja actualmente.....

La zona en la que trabaja es: Urbana  Rural

Etnia Mestizo  Blanco  Afro ecuatoriano  Indígena

Estado Civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Número de Hijos: \_\_\_\_

Vive solo  Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD  1001-2000 USD  2001-3000 USD

3001-4000 USD  4001-5000 USD  5001-6000 USD

**Datos Laborales**

Enfermera

Profesión: Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: \_\_\_\_\_

Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual  Ocasional  Plazo Fijo  Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales  Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Diariamente \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Semanalmente \_\_\_\_\_

Trabaja usted en turno rotativo: Si  No

Señale los días en los que usted regularmente trabaja: lunes  martes  miércoles

Jueves  Viernes  Sábado  Domingo  Todos los anteriores

En el caso de realizar guardia indique el número de horas: \_\_\_\_\_ y cada cuantos días:  
\_\_\_\_\_

Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:

Ninguno  25 %  25-50%  50-75%  75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: \_\_\_\_\_

Los tipos de paciente que atiende regularmente son (puede señalar más de una opción):

Oncológicos  Psiquiátricos  Alergias renales  Quirúrgicos  Cardiacos

Neurológicos  Diabéticos  Emergencias  Cuidados intensivos  Otros

indique \_\_\_\_\_ Todos los anteriores

Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí  No

¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?

NO  SI  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente  Medianamente  Poco  Nada

¿Ha solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año? SI  No

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

La causa ha sido por: Capacitación  Problemas de salud  Situaciones familiares

Otros  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días ha estado de permiso en el último año? \_\_\_\_\_

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada”,

2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Cuán valorado por sus pacientes?				
¿Cuán valorado por los familiares de los pacientes?				
¿Cuán valorado por sus compañeros de profesión?				
¿Cuán valorado por los directivos la institución?				

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada satisfecho”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente satisfecho”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?				
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?				
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?				
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?				
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?				
¿Está satisfecho con su situación económica?				

Le recordamos la importancia de su información para usted y para su colectivo ocupacional. Sus respuestas únicas.  
MUCHAS GRACIAS por su tiempo y por haber contestado a todas las preguntas formuladas en el cuestionario.

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

**CUESTIONARIO DE MBI**

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la **frecuencia** con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**  
**Cuestionario (GHQ-28)**

El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias y cómo se ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas, simplemente seleccionando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

<p><b>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p><b>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>
<p><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de [http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

**Cuestionario BRIEF-COPE**

Las siguientes afirmaciones se refieren a la manera que usted tiene de manejar los problemas. Indique si está utilizando las siguientes estrategias de afrontamiento señalando el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted, según los siguientes criterios:

1	2	3	4
No he estado haciendo esto en lo absoluto	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto bastante	He estado haciendo esto mucho

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables.	1	2	3	4
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	1	2	3	4
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".	1	2	3	4
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	1	2	3	4
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	1	2	3	4
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	1	2	3	4
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	1	2	3	4
8. Me he estado negando a creer que esto ha sucedido.	1	2	3	4
9. He estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	1	2	3	4
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	1	2	3	4
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3	4
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	1	2	3	4
13. Me he estado criticando a mí mismo.	1	2	3	4
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	1	2	3	4
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	1	2	3	4
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	1	2	3	4
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	1	2	3	4
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	1	2	3	4
19. He estado haciendo cosas para pensar menos en ello, como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.	1	2	3	4
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	1	2	3	4
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	1	2	3	4
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	1	2	3	4
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	1	2	3	4
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	1	2	3	4
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	1	2	3	4
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	1	2	3	4
27. He estado rezando o meditando.	1	2	3	4
28. He estado burlándome de la situación.	1	2	3	4

Modificado de la versión original BRIEF-COPE de Carver (1989). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa.401-402. Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

**CUESTIONARIO DE AS**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos \_\_\_\_\_ y familiares cercanos: \_\_\_\_\_

Generalmente buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted según los siguientes criterios:

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991).  
Recuperado de <http://pagina.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

**CUESTIONARIO EPQR-A**

Las siguientes preguntas se refieren a distintos modos de pensar y sentir. Lea cada pregunta y coloque una cruz bajo la palabra SI o la palabra No según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven.

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2° plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

---

Modificado de la versión original H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck. 1975. Versión abreviada Francis, Brown y Philipchalk (1992).